

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Eliška Brejchová

Edukace v primární péči

The Education in Primary Care

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 23. 3. 2012

Eliška Brejchová

.....

Identifikační záznam:

BREJCHOVÁ, Eliška. *Edukace v primární péči. [Education in primary care]*. Praha, 2012. 78 s., 2 příl.

Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

ABSTRAKT

1. *Název práce:* Edukace v primární péči
2. *Jméno a příjmení autora:* Eliška Brejchová
3. *Školitel:* Mgr. Miluše Kulhavá
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova
v Praze

Bakalářská práce pojednává o Edukaci v primární péči, konkrétně o edukaci probíhající v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

Teoretická část je zaměřena na historii pedagogiky a edukace, na podrobný popis edukačního procesu, na primární péči v rámci pediatrie a edukační témata týkající se tohoto oboru.

V empirické části jsem využila metod kvantitativního výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit stav edukace v primární péči v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost, zda jsou rodičům dětí do 6 let (pacientů / klientů primární péče) poskytovány informace týkající se péče o jejich dítě a v případě, že informace poskytovány jsou, kdo je předává, zda edukace probíhá za vhodných podmínek, vhodnou metodou a zda jsou dané informace pro rodiče dostačující a srozumitelné. Výzkum byl dále zaměřen na získání informací o tématech, o kterých zdravotníci edukují a naopak needukují, ale i o těch, které by rádi upřednostnili rodiče.

Klíčová slova: edukační proces, historie pedagogiky a edukace, primární péče, pediatrie, pravidelné očkování, růst a vývoj dítěte, zdravý životní styl dítěte

ABSTRACT

1. *Title of the thesis:* The Education in Primary Care
2. *Author's first name and surname:* Eliška Brejchová
3. *Supervisor:* Mgr. Miluše Kulhavá
Institute of Theory and Practice
of Nursing
1st Faculty of Medicine, Charles
University in Prague

This bachelor thesis deals with education in primary care, specifically the education which takes place in the offices of general practitioners for children and adolescents.

The theoretical part focuses on the history of pedagogy and education, the detailed description of the educational processes in primary care in pediatrics and educational issues related to this field.

In the empirical part, I used the methods of quantitative research. Goal of the research was to clarify the implementation of education in primary care in the offices of general practitioners for children and adolescents to determine whether the parents of children under 6 years (patients / clients of primary care) are provided with sufficient information regarding the care for their child and if that information is provided, who passes the information, whether the education takes place under appropriate conditions, through suitable mediums and whether the information is sufficient and for parents easy to understand. The research was also aimed at obtaining information on issues on which the health care professionals do educate or on the contrary do not educate, and also those about which the parents would prefer to be informed.

Keywords: educational process, the history of pedagogy and education, primary care, pediatrics, regular vaccinations, growth and child development, healthy lifestyles among children

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Miluši Kulhavé za její cenné rady, připomínky, velice vstřícný přístup a čas, který si vyhradila k mé bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat svojí rodině, zvláště rodičům, za jejich trpělivost a podporu nejen při psaní bakalářské práce, ale i po celou dobu studia na 1. LF UK. Poděkování patří také všem respondentům dotazníku za účast při výzkumném šetření.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Historie pedagogiky a edukace	10
2 Základní terminologie	14
3 Edukační proces	17
3.1 Posouzení vzdělávacích potřeb	17
3.2 Stanovení edukační diagnózy	18
3.3 Příprava edukačního plánu	18
3.3.1 Důvod edukace a stanovení cíle / cílů	18
3.3.2 Obsah edukace	20
3.3.3 Příjemce edukace	20
3.3.4 Edukátor	21
3.3.5 Edukační prostředí	21
3.3.6 Časové podmínky	21
3.3.7 Organizační formy	21
3.3.8 Vyučovací metody	22
3.3.9 Didaktické prostředky	24
3.3.10 Zásady edukace	24
3.3.11 Edukační plán	25
3.4 Realizace edukace	26
3.5 Upevnění a prohloubení edukace	27
3.6 Analýza a zhodnocení edukace	27
4 Pediatrie	28
5 Primární péče	29
5.1 Praktický lékař pro děti a dorost	29
5.1.1 Preventivní péče	30
5.1.1.1 Povinné preventivní prohlídky	30
5.1.2 Léčebná péče	31
5.1.3 Dispenzární péče	31
6 Edukační témata v preventivní péči	32
6.1 Očkování	32
6.2 Růst a vývoj	33
6.3 Zdravý životní styl	34

6.3.1	Výživa	34
6.3.2	Pohyb	35
EMPIRICKÁ ČÁST		37
7	Výzkumný problém	37
8	Cíle práce	37
8.1	Hlavní cíl kvantitativního výzkumu	37
8.2	Dílčí cíle kvantitativního výzkumu	37
9	Charakteristika výzkumného vzorku	40
10	Metodika empirického šetření	44
11	Průběh empirického šetření	45
12	Výsledky empirického šetření	46
13	Vyhodnocení empirického šetření	64
14	Diskuze	68
15	Návrhy pro praxi	69
16	Závěr	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ		72
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK		75
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ		76
SEZNAM PŘÍLOH		78

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je Edukace v primární péči. Toto téma jsem si vybrala proto, že mě zajímala problematika edukace probíhající v našem zdravotnictví a chtěla jsem si v této oblasti rozšířit svůj přehled a znalosti.

Komplexní zdravotní péče je souborem mnoha opatření, mezi něž patří i edukace. Edukace, jakožto systematický kontinuální proces, se významným způsobem podílí na zlepšování kvality života ať již zdravého, či nemocného jedince. Z hlediska zdravotní péče má nezastupitelnou úlohu a zejména v péči primární by jí mělo být věnováno velké pozornosti. Trendem zdravotní péče je v dnešní době stále větší kladení důrazu na preventivní opatření, tedy samotné předcházení nemocí, za účelem soustavného zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Proto je hlavně na tuto oblast edukace soustředěna.

Já jsem se ve své bakalářské práci rozhodla zaměřit na edukaci probíhající u praktických lékařů pro děti a dorost.

Základem teoretické části jsou tedy pojmy edukace, pediatrie, primární péče a edukační témata zaměřená na preventivní část primární péče.

Empirická část se opírá o kvantitativní výzkum, jehož cílem bylo objasnit realizaci edukace v primární péči v rámci pediatrie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie pedagogiky a edukace

Výchova provází lidstvo od nepaměti. O nejrannějším období vývoje lidské společnosti a způsobů výchovy nemáme žádné písemné záznamy. Znalosti lidí byly v té době ještě malé, proto je děti snadno přejímaly od dospělých nápodobou.

První diferenciaci výchovy chlapců a dívek vznikla v souvislosti s přirozenou dělbou práce. Postupně, jak se společnost vyvíjela, začala se rozdělovat na určité třídy a vědomosti se staly vlastnictvím jen některých z nich (ŠMAHELOVÁ, B., 2009).

Vyspělejší výchovné systémy se rozvíjely od 5. stol. př. n. l. v antickém **Řecku**, konkrétně ve **Spartě** a **Aténách**. Ve Spartě byla výchova státní a to pro chlapce i dívky. Měla vojenský charakter a její hlavní složku tvořila výchova tělesná a branná. Rozvinutější podmínky Atén, jak v oblasti ekonomické, tak v oblasti sociálně politické, umožňovaly vznik podstatně náročnějšího a komplexnějšího výchovného systému. Cílem aténské výchovy byla kalokagathia, tedy ideál krásy a dobra, která se uskutečňovala díky spojení rozumové, tělesné, mravní a estetické výchovy. Vyvinul se třístupňový systém škol, školy byly soukromé a pouze pro chlapce (JŮVA, J., 2007). Významnými představiteli byli Pythagorovci, Sofisté, Platón, Aristoteles (ŠMAHELOVÁ, B., 2009).

Důležité je zmínit i výchovu a pedagogiku v antickém **Římě**. Zpočátku zde převládala výchova pracovní, poté (od 6. stol. do roku 30 př. n. l.) se ale pedagogika pod vlivem škol řeckého typu zaměřila na výchovu v oblasti řečnictví. Vznikaly i první vysoké školy, z nichž nejvýznamnější byla v Alexandrii (JŮVA, J., 2007). Představitelé: Marcus Tullius Cicero, Marcus Terentius Varro, Lucius Annaeus Seneca, Marcus Aurelius, Marcus Fabius Quintilianus (ŠMAHELOVÁ, B., 2009).

Ve **středověku** tvoří křesťanství ústřední článek výchovného působení, od 6. stol. vznikají školy klášterní, katedrální i farní. Za základ vzdělání je pokládáno sedmero umění svobodných (mezi něž patřila např. gramatika, geometrie, astronomie...). V pozdějším věku vznikaly i školy městské, jejichž základem bylo, spíše praktického zaměření, sedmero mechanických umění

(např. zemědělství, lékařství, divadelnictví...). Koncem 12. stol. vzniká ve vyspělých zemích západní a jižní Evropy i mnoho univerzit, zvláště v Anglii, Francii, Itálii, Španělsku. V roce 1348 vzniká, jakožto první středoevropská univerzita, Karlova Univerzita v Praze. Po ní následují univerzity ve Vídni, v Krakově a Lipsku (JÚVA, J., 2007). Vzniká i pojem scholastika, který můžeme chápat jednak jako středověkou filozofii, ale i jako metodu bádání. Scholastika byla pokrokem v myšlení a přispěla k rozvoji nových druhů středověkých škol, hlavně již zmiňovaných univerzit, které se staly centry vzdělanosti.

Ve 14. – 16. století přichází období **renesance** (obrození člověka hlavně v oblasti umění) a **humanismu** (hlavně v oblasti kultury a školství). Dochází ke znovuzrození antických ideálů, rozvíjí se zejména přírodní vědy, filosofie a kultura. Významní představitelé: Vittorino da Feltre, Francois Rabelais, Michel de Montaigne, Desiderius Erasmus Rotterdamský, Francis Bacon (ŠMAHELOVÁ, B., 2009).

V 15. stol. jak s kritikou církve, tak se snahou o vzdělávání širokých vrstev, nejen vyšších, přišlo české **reformační hnutí** – husité, jejichž ideovým zakladatelem byl Jan Hus, který sám působil na Karlově Univerzitě. Na myšlenky husitů dále navázala jednota bratrská (Jan Blahoslav) a Martin Luther. Z renesančních podnětů vzešla i pedagogika protireformační, jezuitská (JÚVA, J., 2007).

Z hlediska historie pedagogiky je nezbytné zmínit **Jana Amose Komenského** (17. až 18. stol.), jež představuje přelom v pedagogickém uvažování. Výchovu a vzdělání chápe jako nápravu lidstva, jakožto vyvedení člověka z bloudění, směřování k dobru a Bohu, nalezení pravdy a řádu. Cílem jeho snah není výchova k určitému povolání či postavení ve společnosti, ale výchova k lidství, k všeobecné lidské vzdělanosti (myšlenka pansofie – vševědy). Snaží se pomoci všem společenským vrstvám bez ohledu na jejich majetkové poměry, dívkám i chlapcům. Utváří celek školního vzdělávání, rozdělený do čtyř šestiletých stupňů (škola mateřská, elementární či obecná v mateřském jazyce, latinská a akademie). Napsal mnoho významných publikací, např. Brána jazyků otevřená (učebnice latiny), Informatorium školy mateřské (česky psaná kniha pro rodiče), Labyrint světa a ráj srdce, Hlubina bezpečnosti, Velká didaktika (Didactica

magna), Obecná porada o nápravě věcí lidských, Brána jazyků, Orbis pictus a mnoho dalších (KASPER, T., KASPEROVÁ, D., 2008).

Dalším významným autorem je **John Locke** a jeho dílo Myšlenky o výchově, kde rozebírá koncepci tří základních složek výchovy (tělesné, mravní a rozumové). Pro nižší společenské vrstvy navrhuje zřízení pracovních škol, kde budou vedeni k manuální práci. Výchovou dívek se vůbec nezabýval.

Jean Jacques Rousseau za cíl výchovy považuje vychovat svobodného člověka, výchova má být přirozená a svobodná. Osobní zkušenosti řadí nad učení z knih. Jeho myšlenky ovlivnily myslitele zvláště na přelomu 19. a 20. století a našly své místo v pedagogice reformní.

Johann Friedrich Herbart dělí pedagogiku na teoretickou a praktickou, kdy teoretická pojednává o možnostech a prostředcích výchovy a o pedagogických institucích a praktická je aplikovanou disciplínou, zabývající se samotným procesem výchovy.

Friedrich Fröbel chápal výchovu jako samočinný rozvoj sil a schopností existujících v dítěti. Kladl důraz na předškolní výchovu a za důležité prostředky považoval hru a práci.

Konstantin Dmitrijevič Ušinskij je považován za zakladatele ruské pedagogiky a ruské národní školy. Rozpracoval teorii vyučovacích principů. Prosazoval výuku v mateřském jazyce a národní ráz výchovy. Vysoce cenil vliv práce na formování charakteru člověka. Cílem výchovy je podle jeho názoru člověk, který žije pro zájmy společnosti a je hluboce mravný. Mezi jeho nejznámější díla patří Dětský svět (čítanka).

Lev Nikolajevič Tolstoj, filozof, náboženský myslitel a spisovatel, byl autorem světoznámých čítanek a slabikářů pro děti. Odmítal právo státu vnucovat lidem povinnou školní docházku, která by měla vycházet ze svobodného rozhodování lidí. Vytvořil typ nové školy, tzv. školu volnou.

Na přelomu 19. a 20. století se svým působením proslavil **Herbert Spencer**, anglický filozof, sociolog a pedagog, který vystupoval proti osvojování nepotřebných dovedností. Napsal spis Výchova rozumová, mravní a tělesná. Upozornil na nutnost respektování věkových a individuálních zvláštností žáků, přizpůsobování vzdělání potřebám

současné společnosti a stanovil sedm dílčích didaktických principů, které se mají uplatňovat ve výuce.

Gustav Adolf Lindner, pedagog, filozof, psycholog a sociolog konce 19. stol. a 1. poloviny 20. stol., se stal prvním profesorem pedagogiky na Karlově univerzitě. Jeho známá díla jsou *Obecné vychovatelství*, *Všeobecné vyučování* a *Pedagogika na základě nauky o vývoji přirozeném, kulturním a mravním*. Zdůrazňoval národní prvek ve výchově, požadoval vysokoškolské vzdělání pro učitele základních škol a zasazoval se o vyšší vzdělání dívek.

Koncem 19. a začátkem 20. století ovlivnil názory na výchovu svým filozofickým dílem filozof, politik a státník **Tomáš Garrigue Masaryk**. Své mravní názory, které se vztahují k výchově, vyložil v díle *Ideály humanitní*.

Počátkem 20. století vzniká hnutí zvané **pedagogický reformismus**, jehož představitelé kritizovali dosavadní způsob vzdělávání. Chtěli vytvořit školu moderní, která by nepotlačovala osobnost žáků, preferovali individuální výchovné cíle, aktivitu jedince a přiměřenost.

Na základě reformních snah začala vznikat celá řada tzv. alternativních škol a na přelomu 20. a 30. let 20. století vzniklo **reformní hnutí řízené státem**.

Hlavními **směry 20. století** byl experimentální směr (snaží se o přesné měření výchovně vzdělávacího procesu), existencialistický směr (vychází z existencialistické filosofie zaměřené na jedince; je soustředěn na sebe samotného a jeho existence je pomíjivá), neotomistický směr (vychází z učení Tomáše Akvinského), antiautoritativní směr (vyznává až extrémně svobodné a volné vzdělávání), sovětský směr (rozvíjí se v Sovětském svazu od 20. let 20. století, založený na političnosti, ideovosti, jednotné státní škole) a postmodernistický směr (snaží se, aby výchova byla zbavena všeho autoritativního, při respektování osobnosti žáka) (ŠMAHELOVÁ, B., 2009).

2 Základní terminologie

Pedagogika je termín, pocházející z antického Řecka, kde byl slovem *paidagógos* označován otrok, který pečoval o syna svého pána, doprovázel jej na cvičení a do školy. Tento výraz se přesunul do antické latiny – *paedagogus*, tedy učitel, vychovatel

(http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/pedf/ps09/uvod_ped/web/index.html).

Z latiny se pojem rozšiřoval dál do ostatních jazyků. Nyní je pojem pedagogika nahrazován pojmem edukace, který ovšem není laickou veřejností doposud tolik používaný a známý.

Pojem **edukace**, pocházející z latiny (*educare, educare*), v překladu znamená vychovávat, vzdělávat, vést vpřed. Pojem edukace můžeme definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Edukace umožňuje zvýšit péči pacienta o jeho vlastní zdravotní stav, popřípadě průběh choroby (VOKURKA, M., HUGO, J., 2008).

Edukaci můžeme rozdělit na:

- základní,
- reedukační,
- komplexní.

Základní edukace je taková, kdy jsou jedinci předávány nové vědomosti či dovednosti, a pacient / klient je motivován ke změně hodnotového žebříčku i postojů (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Příkladem může být edukace rodičů o správné zdravé a vyvážené stravě dětí nebo edukace o základním nezbytném očkování dětí.

Za reedukační edukaci je považována taková edukace, při které se vyskytuje možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Je to edukace pokračující, prohlubující, či nápravná (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Jako příklad lze uvést reedukaci při onemocnění dítěte. Přičemž v akutní fázi provedeme edukaci základní, ale poté, co akutní fáze odezní, prohloubíme vědomosti rodičů tak, aby byl schopen předcházet recidivě daného onemocnění.

Jako komplexní edukace je považována taková edukace, kdy jsou jedinci etapovitě předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). S tímto typem edukace se setkáme nejčastěji v kurzech, např. předporodní kurzy.

S edukací se můžeme setkat jak v primární, sekundární tak i terciální prevenci. Hraje významnou roli v předcházení onemocnění, navrácení zdraví či mírnění příznaků u již nastalého onemocnění a ve zlepšování kvality života.

V rámci **primární prevence** je edukace zaměřená na zdravé jedince. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům (např. hygiena dítěte, pohyb, výživa apod.). Nezabývá se však pouze prevencí vzniku nemocí, ale také pozitivním zlepšením zdravotního stavu, který vede ke zvyšování kvality života.

Při **sekundární prevenci** edukace probíhá u nemocných jedinců. Je založená na poučení o zdravotním stavu a způsobu, jak nemoci čelit. V tomto případě může edukace zabránit přechodu nemoci do chronického nebo ireverzibilního stadia a dopomoci k obnově zdraví (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>).

V případě **terciální prevence** se edukace zaměřuje na jedince, kteří mají již nevratné a trvalé změny zdravotního stavu (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Snaží se ovlivňovat, tedy zlepšovat kvalitu života.

Vzdělávání je proces, při němž jsou rozvíjeny schopnosti, vědomosti, dovednosti a návyky jedince (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Tyto znaky získáváme např. učením během výuky, či zkušenostmi. Výsledkem tohoto procesu je vzdělanost.

Vzdělanost neboli souhrn získaných schopností, vědomostí, dovedností a návyků, odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě, či národě. Ze zdravotnického hlediska v sobě pojem vzdělanost zahrnuje i úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství, sociálně kulturní život společnosti atd. (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010).

Výchova je záměrná, cílevědomá, organizovaná a plánovitá soustava činností, proces zaměřený na všestranné formování osobnosti člověka, tzn. utváření jeho základních osobnostních znaků: názorů, přesvědčení, postojů, citů (<http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/vychova>). Celková výchova je tedy pojata z hlediska rozumového, charakterového, smyslového, mravního, tělesného i citového.

3 Edukační proces

V této kapitole se budu věnovat edukačnímu procesu a podrobně popíši a rozeberu jeho jednotlivé fáze.

Edukační proces je děj, při kterém edukátor předává informace edukantovi, přičemž edukant si tím rozšiřuje své znalosti, schopnosti a dovednosti.

Celý proces edukace se zpravidla dělí na 5 fází, přičemž fáze posouzení vzdělávacích potřeb bývá často spojována s fází stanovení edukačních diagnóz, nebo jsem se naopak častěji setkala s tím, že bývá opomíjena fáze upevnění a prohloubení edukace. Proto jsem se rozhodla edukační proces rozdělit do 6 fází tak, jak jdou jednotlivé úkony postupně krok po kroku za sebou:

- Posouzení vzdělávacích potřeb
- Stanovení edukační diagnózy
- Příprava edukačního plánu
- Realizace edukace
- Upevnění a prohloubení edukace
- Analýza a zhodnocení edukace

3.1 Posouzení vzdělávacích potřeb

Základem pro jakoukoliv edukaci pacienta / klienta je posouzení jeho vzdělávacích potřeb.

V této fázi se zaměřujeme na dvě skutečnosti:

- **stanovení potřeb** pacienta / klienta získat, nebo doplnit si vědomosti, či schopnosti,
- **zjistit důležité informace** o pacientovi / klientovi

(<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>)

Rozlišujeme **dva typy informací** (údajů). Informace **objektivní**, které dokážeme sami posoudit vlastními smysly nebo různými testy a informace **subjektivní**, které nám může přiblížit jedině sám pacient, či jeho rodina a blízcí.

3.2 Stanovení edukační diagnózy

Na základě posouzení vzdělávacích potřeb jsme schopni stanovit edukační diagnózu, tedy závěr o odpovědích jednotlivce, nebo skupiny, na skutečné, nebo potenciální zdravotní problémy. Všechny diagnózy, které stanovuje sestra ve vztahu k potřebám pacienta / klienta něco naučit, patří do kategorie nedostatek vědomostí. Důležité je také, aby sestra přesně specifikovala vědomosti, které pacientovi / klientovi chybí (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>).

3.3 Příprava edukačního plánu

Příprava edukačního plánu je další fází edukačního procesu následující po stanovení edukačních diagnóz. Předpokladem pro tuto fázi je sběr kvalitních informací o pacientovi / klientovi a určení oblastí potřeb, ve kterých je potřeba pacienta / klienta edukovat.

3.3.1 Důvod edukace a stanovení cíle / cílů

Při přípravě edukačního plánu je potřeba nejprve určit důvod, proč chceme edukaci zahájit. Tato fáze úzce souvisí se stanovením edukačních diagnóz. Teprve když víme, jaké spektrum vědomostí a dovedností pacientovi / klientovi chybí, jsme schopni stanovit cíle, tedy ideální představy toho, čeho chceme během edukace dosáhnout. Díky přesně stanoveným cílům lze edukaci lépe připravit i provést.

Edukační cíle bychom mohli charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme u daného jedince dosáhnout. Tímto výsledkem je pozitivní změna v pacientových / klientových vědomostech, dovednostech, postojích a návycích.

Při stanovování cílů je důležité myslet na to, aby tyto cíle byly v daném zdravotním stavu a v rámci možností a schopností pacienta / klienta reálné, aby byly jednoznačně definovatelné a kontrolovatelné. Ve výsledné fázi během analýzy a hodnocení edukace by se výsledný efekt měl co nejvíce přiblížit předem stanoveným cílům.

Edukační cíle lze rozdělit na krátkodobé (např. cíl/cíle jednotlivých edukací) a dlouhodobé (neboli finální, např. cíl/cíle celkové edukace u daného klienta),

na nižší a vyšší (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010) a na kognitivní (poznávací, vzdělávací), afektivní (hodnotové, postoje) a psychomotorické (výcvikové) (<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id>).

Pro usnadnění stanovení a určování těchto cílů byly vyvinuty klasifikace, z nichž je nezbytné zmínit klasifikaci podle B. S. Blooma, B. Krathwohlova a R. H. Davea.

Klasifikace kognitivních cílů podle B. S. Blooma

Toto rozdělení se snaží strukturovat přímou kognitivní (vzdělávací) činnost edukantů a vytváří hierarchicky uspořádaný systém. Taxonomie je přísně logicky strukturovaná, je rozdělena do 6 úrovní (kategorií). Toto uspořádání je založeno na hypotéze, že k dosažení vyšší kategorie je potřeba důkladně zvládnout kategorie nižší. Jednotlivé kategorie jsou řazeny vzestupně podle obtížnosti, nutné k jejich dosažení:

1. Znalost
2. Porozumění
3. Aplikace
4. Analýza
5. Syntéza
6. Hodnocení

(<http://dielektrika.kvalitne.cz/bloom.html>)

Klasifikace afektivních cílů podle B. Krathwohlova

Klasifikace je orientována na získávání názorů, postojů, hodnotová orientace:

1. Vnímavost
2. Reagování
3. Oceňování hodnoty
4. Integrovaní hodnot
5. Interiorizace hodnot charakteru

(<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>)

Klasifikace psychomotorických cílů podle R. H. Davea

Tato klasifikace se zaměřuje na prohlubování motorické zručnosti a jistoty:

1. Nápodoba (imitace)
2. Manipulace
3. Rozvoj přesnosti
4. Integrovanost dovedností
5. Automatizace

(<http://www.businessballs.com/bloomstaxonomyoflearningdomains.htm>)

3.3.2 Obsah edukace

Na základě stanovených cílů je určen obsah edukace.

Obsah edukace (učivo), je souhrn veškerých informací, které chceme pacientovi / klientovi během edukačního procesu předat. Učivo má tři podoby, které rozlišujeme:

- *Formální* (informační) učivo, tedy fakta, pojmy, soubory informací, operace s informacemi, činnosti provázející nebo aktivizující užití informací.
- *Realizované* učivo, tedy to, které bylo účastníky edukace zpracováno a bylo realizováno během učební lekce, přičemž realizace je závislá na schopnosti edukátora postihnout všechny složky edukace (tzn. složku kognitivní, afektivní i motorickou) a také využít adekvátní metody k učení.
- *Osvojené* učivo je to učivo, které pacient / klient užije v reálné životní situaci.

Toto učivo je výstupní kvalitou edukovaného jedince a tvoří jej vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>). Je to tedy souhrn informací, které pacient / klient chápe a zná a je schopen je uplatnit a využít v praxi.

3.3.3 Příjemce edukace

Příjemcem edukace, neboli edukantem bývá ve většině případů sám pacient / klient, popřípadě menší skupina pacientů / klientů. Před zahájením edukace je nutno brát v potaz důležité okolnosti charakterizující edukanta, jako je jeho věk, národnost, pohlaví, intelekt (vzdělání), zdravotní – fyzický a psychický stav, hendikep atd., a těmito okolnostem edukaci přizpůsobit. V případě praktických lékařů

pro děti a dorost, konkrétně u dětí do 6 let probíhá edukace ostatních členů rodiny, kteří dítě do ordinace doprovázejí (nejčastěji matek).

3.3.4 Edukátor

Edukátorem, tedy poskytovatelem edukace, může být jakýkoliv člen zdravotnického multidisciplinárního týmu v rámci svých předem stanovených kompetencí. V ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost je edukátorem lékař, nebo sestra.

3.3.5 Edukační prostředí

Edukační prostředí je utvářeno vším, co charakterizuje místo, v němž probíhá edukace. Proto je v rámci primární péče vhodné zajistit a zařídit ordinaci tak, aby v ní bylo přiměřené osvětlení, bezhlučné prostředí (zamezit klepání čekajících pacientů / klientů, s tím spojeným častým vycházením sestry, minimalizovat rušení edukátora telefonáty atd.), vhodná teplota, dostatečné větrání, přítomnost pouze nezbytného zdravotnického personálu aj.

3.3.6 Časové podmínky

Pro jakoukoliv edukaci je důležité vymezit si dostatek časového prostoru. V případě praktického lékaře je nutné uzpůsobit organizaci celé návštěvy tak, aby na edukaci zbylo dostatečné množství času a počítat i s ponecháním časové rezervy na případné dotazy ze strany edukanta.

3.3.7 Organizační formy

Rozlišujeme několik forem, jakými lze vést výuku – formu frontální, skupinovou a individuální.

- Forma *frontální* (hromadná), která je zaměřená na větší skupinu osob, po obsahové stránce je shodná pro všechny její účastníky a ve zdravotnictví je používána v případech, kdy chceme sdělit více edukantům stejnou věc, např. edukace týkající se první pomoci na novorozeneckém oddělení.
- Forma *skupinová*, při níž jsou pacienti / klienti rozděleni do různých velkých skupin (přibližný počet členů je 3 – 5) z hlediska nejrozličnějších kritérií,

jakými jsou např. věk, pohlaví, stejný problém, shodná úroveň znalostí atd. Každá skupina se poté věnuje svému úkolu.

- Forma *individuální*, se kterou se jako s jedinou můžeme setkat v ordinaci praktických lékařů, je nejčastěji používanou formou (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Probíhá za účasti jednoho edukanta, tudíž se zcela přizpůsobuje jeho individuálním potřebám.

3.3.8 Vyučovací metody

Neméně důležité je i vybrat vhodnou vyučovací metodu, jež bude použita. Veškeré vyučovací metody bychom mohli rozdělit do skupin a jejich podskupin.

Metody slovní:

❖ **Mluvené**

➤ Monologické

- Přednáška – efektivní metoda, jak předat i větší skupině edukantů ucelený soubor informací.
- Vysvětlování – jehož prostřednictvím se snažíme edukantovi objasnit příčiny a souvislosti tak, aby byl schopen pochopit podstatu vysvětlovaného problému (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010).

Monologické metody nejsou pro zdravotnictví příliš vhodné, jelikož tok informací je z větší části jednosměrný a edukátor tak nemá přiměřenou zpětnou vazbu od pacienta / klienta.

➤ Dialogické

- Rozhovor – tato metoda se užívá zejména v počáteční fázi edukace, kdy potřebujeme zjistit informace o pacientovi / klientovi. Tyto informace jsou získávány pomocí kladení otázek.
- Konzultace - je nejčastěji používanou metodou, při níž edukátor objasňuje edukantovi např. situaci jeho zdravotního stavu, vhodnost prevence apod. Pacient / klient má možnost zeptat se na nejasnosti a prodiskutovat své problémy.
- Diskuze – prostřednictvím této metody mají edukanti možnost vyjádřit své myšlenky a argumentovat svými nápady a znalostmi (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010).

- Brainstorming – je skupinová metoda, která probíhá formou volné diskuse na dané téma, která se realizuje na základě jistých principů při respektování předem daných pravidel (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>).

❖ **Psané**

- Práce s textem – měla by sloužit jako doplňující metoda, při níž jsou pacientovi / klientovi poskytnuty informace prostřednictvím nejrůznějších informačních letáků, brožur, plakátů, časopisů apod.
- Brainwriting – je určitou obdobou metody brainstorming, ovšem každý účastník si své nápady zapisuje na papír (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010), který se poté nechá kolovat mezi účastníky, přičemž každý dopisuje další a další nápady.
- E – learning – je metodou, která se u nás k edukaci pacientů / klientů používá málokdy. Využívá multimediální technologie ke zvýšení kvality edukace (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010).

Metody demonstrační:

- ❖ **Demontrace** – metoda přenosu poznatků prohlubující praktické zkušenosti edukantů („demonstro“ - předvádím, ukazuji). Často využívá názorné pomůcky (obrázky, plakáty, modely, brožury apod.).

Metody praktických činností:

- ❖ **Cvičení** – využívá se hlavně k upevnění vědomostí, rozvinutí schopností a vytváření návyků. Tato metoda se záměrně opakuje, čímž umožňuje prověřování vědomostí a schopností edukanta v praxi (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>).

3.3.9 Didaktické prostředky

Též označované jako učební pomůcky - jsou veškerým materiálním vybavením, které během edukace používáme. Účelem tohoto vybavení je zefektivnit edukaci tak, aby se stala pro pacienta / klienta srozumitelnější, pochopitelnější a lépe zapamatovatelná.

V současnosti existuje celá řada didaktických prostředků, které můžeme rozdělit do několika skupin: textové učební pomůcky (různé letáky, brožury, časopisy, knihy apod.), vizuální učební pomůcky (obrázky, fotografie, zdravotnický materiál apod.), auditivní učební pomůcky (zvukové záznamy), audiovizuální (filmy, prezentace apod.), internet (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010).

3.3.10 Zásady edukace

Při přípravě i během edukace by se měl edukátor řídit určitými zásadami, aby zajistil bezproblémový průběh edukačního procesu a co nejvíce se přiblížil předem stanoveným cílům. Již při přípravě informací, které budou předávány, je třeba individuálně zvážit edukantovy možnosti, schopnosti a aktuální zdravotní stav, a tomu edukaci přiměřeně přizpůsobit (zásada přiměřenosti a individuálního přístupu). Je důležité brát v potaz z jaké kultury a sociální skupiny pacient / klient pochází a respektovat to (zásada kulturního kontextu). Je třeba předávat vždy takové informace, které pacient / klient aktuálně potřebuje (zásada aktuálnosti) a které vycházejí z nejnovějších poznatků a výzkumů (zásada vědeckosti). Tyto informace smysluplně uspořádat tak, aby na sebe i na edukantovy předešlé znalosti navazovali (zásada soustavnosti) a pokud možno je během edukace názorně demonstrovat s využitím vhodných didaktických pomůcek (zásada názornosti). Důležité je také edukanta vhodně motivovat a nechat mu prostor, aby měl příležitost i potřebu se do edukace aktivně zapojovat (zásada uvědomělosti a aktivity). V závěru edukace je vhodné stručně zopakovat stěžejní body proběhlé edukace a poté je nutné se ujistit, že příjemci edukace byly informace srozumitelné, že si je osvojil (zásada zpětné vazby) a je schopen je aplikovat v praxi (zásada spojení teorie s praxí). Je nezbytné, aby si edukant informace pamatoval trvale a byl schopen si je kdykoliv vybavit (zásada trvalosti).

3.3.11 Edukační plán

1. CO EDUKOVAT:

Jako příklad se edukace bude týkat obecné problematiky dítěte od jeho narození do věku 6 let. Cílem edukace je osvojení informací na daná edukační témata, tedy aby rodiče věděli, jak pečovat o stravu dítěte, kdy mají chodit na preventivní prohlídky, jak často je potřeba dítě očkovat, jaký je normální růst a vývoj jejich dítěte a jak by měli dbát o pohybovou aktivitu.

Témata:

- Povinné pediatrické prohlídky
- Očkování
- Růst a vývoj
- Zdravý životní styl
- Výživa
- Pohyb

2. KOHO EDUKOVAT:

Na dané téma budeme edukovat rodiče (zejména matky) dětí od narození do věku 6 let.

3. PROČ EDUKOVAT:

Cílem této edukace je vysvětlit rodičům, jaké zaopatření je třeba učinit, aby jejich dítě bylo zdravé, a jaké možnosti péče mohou využívat. V další části je upozorníme na komplikace, které mohou během vývoje dítěte nastat a jak těmto komplikacím předcházet.

4. KDO BUDE EDUKOVAT:

Edukovat na dané téma může praktický lékař – pediatr a sestra v rámci svých kompetencí.

5. PODMÍNKY EDUKACE:

Prostředí – edukace bude probíhat v klidném prostředí ordinace praktického lékaře.

Časové – celý rozhovor s rodiči bude probíhat klidně, bez spěchu a bude též ponechán dostatečný prostor na případné kladení otázek.

Materiální – použijeme informační brožury, s případným obrázkovým znázorněním, prezentace.

Personální – 1x praktický lékař, 1x sestra.

6. JAK EDUKOVAT:

Edukace bude probíhat individuálně dle domluvy. Rodiče budou edukováni slovní metodou, při níž jim vše popíšeme, vysvětlíme a též poskytneme prostor na případné dotazy. K edukaci použijeme brožury, které si rodiče budou moci ponechat.

7. HODNOCENÍ EDUKACE:

Rodiče vědí, jak o dítě pečovat tak, aby mělo správný příjem všech potřebných složek stravy, kdy mají chodit na preventivní prohlídky, jak často je potřeba dítě očkovat, jaký je normální růst a vývoj jejich dítěte a jak by měli dbát o pohybovou aktivitu.

Zpětná vazba bude prováděna orientačními dotazy ze strany edukátora za účelem docílení dostatečné informovanosti.

3.4 Realizace edukace

Realizace edukace je další fází edukačního procesu. Dle posouzení vzdělávacích potřeb jsme stanovili edukační diagnózu, dle níž jsme připravili edukační plán. Na základě tohoto plánu jsme schopni edukaci realizovat. Úspěšnost edukace závisí na mnoha faktorech, které je nutné během realizace edukace zohlednit.

Mezi tyto faktory patří:

- tělesný stav edukanta
- psychický stav edukanta

- úroveň rozvoje myšlení
- stupeň rozvoje schopností
- charakterově volní vlastnosti (svědomitost, lenost apod.)
- motivace
- aktivita edukanta
- subjektivní vztah edukanta k danému tématu
- vztah edukanta k edukátorovi
- prostředí
- pestrost a zajímavost obsahu edukace
- rozsah učebního materiálu.

(<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>).

3.5 Upevnění a prohloubení edukace

Upevnění a prohloubení edukace je nezbytné pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti, jelikož 50 % osvojeného učiva zapomeneme do druhého dne (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010). Tato fáze je důležitou součástí edukačního procesu, jeden z nezbytných kroků, který je důležité mít na paměti. Přesto bývá velmi často opomíjena.

3.6 Analýza a zhodnocení edukace

Poslední a neméně důležitou částí edukačního procesu je analýza a zhodnocení edukace. V této fázi se zaměřujeme na výsledky, jakých bylo dosaženo.

Ke zjištění výsledků edukace užíváme několik metod:

- kladení otázek – zjišťování vědomostí edukanta,
- pozorování – sledování zručností edukanta,
- realizace zápisu o edukaci edukanta,

(<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>).

Hodnocení edukace lze provádět jak v průběhu edukace, tak na jejím konci (JUŘENÍKOVÁ, P., 2010).

4 Pediatrie

Nyní bych ráda stručně uvedla pár slov o oboru pediatrie a o jeho náplni.

Pediatrie, tedy dětské lékařství je základním lékařským oborem zabývajícím se dítětem jak v jeho zdraví, tak nemoci. Náplní tohoto oboru je prevence nemocí, symptomatologie, etiologie, diagnostika, patogeneze a terapie. Pediatrická péče začíná narozením dítěte a končí dovršením 19 let. Je provozována jednak jako péče ambulantní, zahrnující primární i specializovanou péči, a jednak jako péče ústavní (STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K., 2008), která je navrhována až sekundárně při nedostatečnosti péče ambulantní.

5 Primární péče

Následující kapitola je věnována obecně primární péči a zejména primární péči týkající se dětí, tedy praktických lékařů pro děti a dorost.

Primární péči lze definovat jako koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou zdravotníky, od prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem po dlouhodobě kontinuální přístup k jednotlivci. Primární péče je soubor činností zahrnujících podporu zdraví, prevenci nemocí, vyšetřování, ošetřování, léčení a rehabilitaci. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu zázemí pacienta.

Primární zdravotní péče vychází z biopsychosociálních potřeb jedince a je směřována tak, aby pacient / klient dosáhl co nejvyšší úrovně nezávislosti (samostatnosti, soběstačnosti) a kontroly nad svým životem (<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/primarni-pece-u-nas-a-ve-svete-457765>).

Dle specializace je primární péče dělena do několika odvětví. Jejimi poskytovateli jsou:

- praktičtí lékaři pro dospělé
 - praktičtí lékaři pro děti a dorost
 - ambulantní gynekologové
 - stomatologové
 - agentury komplexní domácí péče
 - lékařská služba první pomoci
 - lékárenská pohotovostní služba
- (<http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>).

5.1 Praktický lékař pro děti a dorost

Péči o dítě bychom mohli rozdělit na péči preventivní, léčebnou a dispenzární, které na sebe vzájemně navazují, a každá z nich má nenahraditelnou funkci v rámci komplexní primární péče.

5.1.1 Preventivní péče

Péče preventivní navazuje na péči prenatální a péči na novorozeneckém oddělení. Začíná tedy převzetím dítěte do péče po příchodu z porodnice (STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K., 2008). Probíhá formou pravidelných preventivních prohlídek, jejichž náplň a časový interval se mění v závislosti na věku, popř. zdravotním stavu dítěte.

5.1.1.1 Povinné preventivní prohlídky

Obsah a časové rozmezí povinných preventivních prohlídek je uvedeno ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časovém rozmezí preventivních prohlídek.

Pravidelné preventivní prohlídky jsou časově nerovnoměrně rozložené, při čemž největší péče je věnována novorozencům a kojencům. První prohlídka probíhá zpravidla do 2 dnů od propuštění z porodnice, nejčastěji doma, kdy pediatr (popřípadě i sestra) navštíví rodinu za účelem vyšetření spočívající v posouzení celkového stavu dítěte, odebrání rodinné anamnézy, osobní a těhotenské anamnézy matky, zjištění průběhu těhotenství a předání informací o základní péči o novorozence v domácím prostředí, o kojení, výživě kojící matky apod.

Následující prohlídky probíhají již většinou v ordinaci, kam jeden z rodičů, většinou matka, dochází minimálně v termínech, které předepisuje zdravotní řád, tj. ve 14 dnech věku dítěte, dále v 6 týdnech, ve 3, 4 - 5, 6, 8, 10 - 11 a 12 měsících. Při každé prohlídce je kontrolován fyzický stav dítěte (včetně vyšetření kyčlí ortopedem mezi 3. – 6. týdnem), jsou hodnoceny antropometrické údaje (tzn. růst do délky, hmotnost, měření obvodu hlavy a hrudníku), je sledován psychomotorický vývoj (tedy vývoj motorických dovedností a vývoj řeči) a jsou udělována výživová a jiná doporučení, která vedou ke správnému vývoji dítěte. Součástí těchto prohlídek jsou i profylaktická opatření – zahájení a kontrola podávání vitamínu D jako prevence rachitidy (od 14. dne, 1 kapka denně) a vitamínu K jako prevence krvácivé nemoci (od 1. prohlídky).

Po skončení kojeneckého věku probíhají další prohlídky v 18 měsících, ve 3 letech a dále v pravidelných dvouletých intervalech do věku 19 let, kdy jde dítě na výstupní prohlídku a přechází k dospělému praktikovi.

Náplň těchto prohlídek je shodná jako v kojeneckém věku a dále je rozšířena v závislosti na věku dítěte o posuzování školní zralosti, školní úspěšnosti, pohlavního vývoje apod.

V rámci těchto prohlídek jsou prováděna i vyšetření jako měření krevního tlaku a pulzu sledování krevního obrazu u rizikových dětí, vyšetření dutiny ústní, vyšetření genitálu, zopakování screeningu fenylketonurie, vyšetření zraku, sluchu, moči. (STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K., 2008). V případě výjimečných nálezů při těchto pravidelných prohlídkách, nebo při potížích jsou návštěvy praktického lékaře stanoveny individuálně dle potřeby.

5.1.2 Léčebná péče

„Spočívá v diagnostice a léčbě akutních onemocnění, doporučování léčebných a rekonvalescentních režimů, vyhledávání chronicky nemocných dětí, dle klinických projevů i v rozhodování o odeslání k odborným vyšetřením či hospitalizaci dítěte.“ (STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K., 2008, s. 11). Tato péče nastává v případě, že jsou během léčby preventivní zjištěny abnormality, které se neslučují s bezproblémovým zdravotním stavem dítěte.

5.1.3 Dispenzární péče

Spočívá ve vyhledávání chronicky nemocných dětí, jejich odesílání k odborným vyšetřením, na základě doporučení odborného lékaře sledování jejich léčby, vývoje klinického stavu a doporučení, které z tohoto stavu vyplývají (STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K., 2008). Díky dispenzarizaci je zajištěna případná úprava léčby a předcházení komplikacím.

6 Edukační témata v preventivní péči

Součástí jakékoliv péče, ať již preventivní, léčebné, či dispenzární, je nutné provést edukaci. V péči preventivní je nezbytné edukovat jednoho z rodičů o základních tématech v rámci pediatrie, tedy o pravidelném očkování, růstu a vývoji dítěte a zdravém životním stylu.

6.1 Očkování

Očkování je nejvýznamnějším a velice účinným opatřením v prevenci přenosu nemocí, zvláště u dětí (LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., 2007). Očkování v České republice je upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 299/2010 Sb. (<http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovaci-kalendar-v-cr>). Věkové rozmezí a onemocnění, proti kterému je dítě očkováno, udává očkovací kalendář, který jsem pro komplexní přehled uvedla až do věku 11 let. Rodiče dětí musí být náležitě edukováni o jednotlivých očkováních, o kontraindikacích (jakými jsou např. horečky) i o reakcích, které může očkování vyvolat.

Očkovací kalendář (povinné očkování)

Věk dítěte	Onemocnění
2 měsíce (od 9. týdne)	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, invazivní onemocnění Haemophilus influenzae typu b, virová hepatitida typu B, přenosná dětská obrna (Hexavakcína – 1. dávka)
3 měsíce	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, Invazivní onemocnění Haemophilus influenzae typu b, virová hepatitida B, přenosná dětská obrna (Hexavakcína – 2. dávka)
4 měsíce	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, Invazivní onemocnění Haemophilus influenzae typu b, virová hepatitida B, přenosná dětská obrna (Hexavakcína – 3. dávka)
15 měsíců	Spalničky, příušnice, zarděnky (1. dávka)
do 18. měsíce	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, Invazivní onemocnění Haemophilus influenzae typu b, virová hepatitida B, přenosná dětská obrna (Hexavakcína – 4. dávka)
21. – 25. měsíc	Spalničky, příušnice, zarděnky (2. dávka)
5 – 6 let	Záškrt, tetanus, dávivý kašel (přeočkování)
10 – 11 let	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, dětská přenosná obrna (přeočkování)

(<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/ockovaci-kalendar-2011-462084>)

6.2 Růst a vývoj

Normální růst a vývoj dítěte jsou známkou jeho zdraví. Proto je důležité jednotlivé oblasti vývoje pečlivě sledovat. Jedná se o vývoj:

- a) Somatický - kvantitativní (výška, váha, tělesné rozměry)
 - kvalitativní (pohlavní dospívání)

b) psychomotorický - vývoj motorických, kognitivních, řečových a sociálních schopností (STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K., 2008).

Rodiče pečující o své dítě by měli být schopni rozpoznat to, co je v růstu a vývoji jejich dítěte zcela normální a přiměřené, i to, nad čím je třeba se pozastavit.

6.3 Zdravý životní styl

Již od narození dítěte je třeba dbát na jeho správnou, vyváženou a vhodnou stravu a na to, aby mělo dostatek nezbytného pohybu.

6.3.1 Výživa

Edukaci rodičů na toto téma považuji za nezbytnou a myslím si, že by na ni měl být kladen velký důraz. Je důležité, aby mělo dítě dostatečný přísun všech důležitých složek stravy, tedy vody, bílkovin, sacharidů, tuků a minerálů.

V dětském věku se potřeby výživy dítěte velmi rychle obměňují. V prvních měsících života představuje ideální formu výživy mateřské mléko (MUNTAU, A. C., 2009), které má, při zdravé životosprávě matky, vhodně zastoupené všechny nezbytné složky. Jako alternativu však lze podávat dítěti i stravu umělou, či smíšenou. Tato strava však zhruba od 4 - 6 měsíců začíná být doplňována příkrmy a dítě si pomalu zvyká na stravu blížící se té, kterou bude požívat v dospělosti. Malé dítě je zcela závislé ve výběru stravy na rodičích. V dnešní době je na trhu tolik různých produktů, že je velice obtížné vybrat pro dítě ten nejvhodnější. Proto by rodičům s výběrem měl poradit pediatr. Po dovršení prvního roku je dítě schopné zpracovat a strávit pevnější stravu (LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., 2007), čemuž je třeba náležitě uzpůsobit i jeho jídelníček. V tomto věku si dítě utváří své stravovací návyky, které se v dospělosti ne příliš často odlišují od návyků, kterým se naučilo v dětství. Proto je vhodné jít v tomto směru dítěti příkladem a vyhnout se tím mnohým obtížím, jakými je např. obezita. V rámci edukace rodičů jsem vytvořila edukační plakát, týkající se výživy kojených dětí do jednoho roku, který by měl rodičům usnadnit přehled stravy jejich dětí (viz Příloha B).

Nezbytné je myslet i na dostatečný příjem tekutin a na to, že obsah vody v lidském těle se mění s věkem. U novorozenců tvoří voda přibližně 90 % tělesné hmotnosti, u kojenců okolo 75 % (u dospělých mužů 60 %, u žen 50 %) (MARCDANTE, K. J., KLIEGMAN, R. M., JENSON, M. B., BEHRMAN, R. E., 2011). Průměrná hodnota příjmu a výdeje tekutin by ale měla být vždy v rovnováze. V období novorozeneckém je spotřeba vody 60–100 ml na kg hmotnosti za 24 hodin, v období kojeneckém 130–150 ml, v batolecím období 120 ml a u předškolních dětí 100 ml na kg hmotnosti za 24 hodin (SIKOROVÁ, L., 2011).

6.3.2 Pohyb

Ontogenetický vývoj dítěte je zákonitě výrazem fylogenetického vývoje našeho druhu a sekundárně odráží faktory zevního, ale i vnitřního prostředí. V období novorozeneckém se dítě adaptuje na zcela nové a neznámé prostředí. Období kojenecké patří mezi nejdynamičtější etapu života. Z hlediska utváření pohybových projevů se dítě posazuje, postupně se i staví a počínají již bipedální lokomoce. Během batolecího období se dítě učí, jak má pohyb využívat k vlastnímu prospěchu, upevňuje se jeho stabilita a jistota, pohyb se stává koordinovanějším, zdokonalují se reciproční schopnosti. Vytváří se základní pohybový vzor pro dolní končetinu, tedy krok. Přibližně v půldruhém roce děti zvládnou chodit do schodů s dopomocí. Kolem druhého roku života se chůze stává vytrvalejší, i když je stále doprovázena kývavými pohyby rukou a vynakládáním velkého množství energie. Přibližně ve věku dva a půl až tři roky chodí děti samostatně do schodů. Kolem třetího roku života umožňuje zvýšená kontrola svalů v oblasti kyčelní a pánevní rovnoměrnost délky, výšky i šířky kroku. Ve věku tři až tři a půl roku začínají děti samostatně chodit ze schodů a koncem třetího roku začínají běhat. Výrazně se vyvíjí i motorika rukou, která je zpočátku hrubého zaměření, poté dítě ovládá i jemnou motoriku. Již v tomto věkovém období lze u dětí pozorovat diferenciaci dle potřeby pohybové aktivity (hyper-, hypo- a normobilní děti). Odchylky vývoje pohybu mohou značit nejen poruchy pohybového systému, ale i poruchy centrální a periferní nervové soustavy. V předškolním věku pokračuje vývoj obratnosti a motorické koordinace a nárůst pohybové výbavy. Komplexní pohyby se

zkvalitňují, vyžívají a ukotvují (KUČERA, M., KOLÁŘ, P., DYLEVSKÝ, I., 2011). Péče o pohybovou aktivitu je nedílnou součástí komplexní péče o dítě podporující správnou celkovou funkci organismu. Rodiče by měli být edukováni o správném vývoji pohybu v jednotlivých obdobích věku jejich dítěte a o vhodných pohybových aktivitách dle věku a zdravotního stavu.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumný problém

Toto téma jsem si vybrala, neboť si myslím, že edukace v primární péči o děti a dorost neprobíhá dostatečně, přičemž ji považuji za velice důležitou.

8 Cíle práce

8.1 Hlavní cíl kvantitativního výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit stav edukace v primární péči v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost.

8.2 Dílčí cíle kvantitativního výzkumu

Hlavní cíl dále upřesňuji dílčí cíle (dílčí cíle č. 1 – 6). Při jejich stanovování jsem vycházela z vlastních zkušeností, získaných při poskytování ošetrovatelské péče během své praxe všeobecné sestry v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda edukace u praktických lékařů pro děti a dorost probíhá.

Předpokládaný výsledek:

Domnívám se, že ve 100 % případů edukace probíhá.

Dílčímu cíli č. 1 odpovídá v dotazníku otázka č. 5.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda edukace probíhá za vhodných podmínek a vhodnou metodou.

Předpokládaný výsledek:

Myslím si, že v 70 % jsou časové podmínky edukace splněny pouze někdy.

Domnívám se, že v 60 % případů jsou zdravotníci schopni zcela zajistit prostorové požadavky, při nichž může edukace nerušeně probíhat.

Předpokládám, že zdravotnický personál pro edukaci volí metodu z 90 % ústní a to v podobě rozhovoru či diskuze.

Dílčímu cíli č. 2 odpovídá v dotazníku otázka č. 6., 7. a 8.

Dílčí cíl č. 3: Zmapovat, v jaké oblasti jsou pacienti / klienti a jejich zákonní zástupci nejvíce edukováni, v jaké oblasti jim edukace nejvíce chybí a v jaké oblasti je dle jejich názoru edukace nejvíce důležitá.

Předpokládaný výsledek:

Domnívám se, že pacienti / klienti a jejich zákonní zástupci jsou nejvíce edukováni v oblasti očkování a naopak nejméně v oblasti prevence úrazů.

Předpokládám, že rodiče považují za nejvíce důležitou edukaci týkající se výživy a správné životosprávy.

Dílčímu cíli č. 3 odpovídá v dotazníku otázka č. 10., 11., 12. a 13.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, zda je edukace v primární péči z hlediska příjemců považována za nezbytnou, a zda je na ni z hlediska zdravotníků kladen důraz.

Předpokládaný výsledek:

Domnívám se, že edukaci v primární péči považuje minimálně 60 % respondentů jednoznačně za nezbytnou metodu vedoucí k udržování a zlepšování zdraví.

Předpokládám, že se respondenti v 60 % shodnou, že je na edukaci ze strany zdravotníků kladen důraz.

Dílčímu cíli č. 4 odpovídá v dotazníku otázka č. 14. a 15.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda jsou poskytnuté informace pro pacienty postačující a srozumitelné

Předpokládaný výsledek:

Předpokládala jsem, že z 90 % jsou informace poskytnuty tak, aby byly pro příjemce jednoznačně dostatečné a srozumitelné.

Dílčímu cíli č. 5 odpovídá v dotazníku otázka č. 16. a 18.

Dílčí cíl č. 6: Zjistit, kdo edukaci v primární péči nejčastěji provádí a od jakého věku by dle rodičů měla být poskytována i dětem.

Předpokládaný výsledek:

Předpokládám, že je edukace prováděna z 50 % lékařem a z 50 % sestrou, v rámci jejich kompetencí. Domnívám se, že dle rodičů by měly být do edukace zapojeny i děti od věku 3 let.

Dílčímu cíli č. 6 odpovídá v dotazníku otázka č. 9. a 19.

9 Charakteristika výzkumného vzorku

V této části jsou popsány základní údaje charakterizující soubor tázaných respondentů. Výběr výzkumného vzorku vycházel z cíle výzkumného šetření.

Cílovou skupinou byli rodiče dětí (pacientů / klientů primární péče) do věku 6 let, které jsem oslovila. Tato cílová skupina byla vybrána záměrně, ostatní údaje charakterizující výzkumný vzorek byly náhodné.

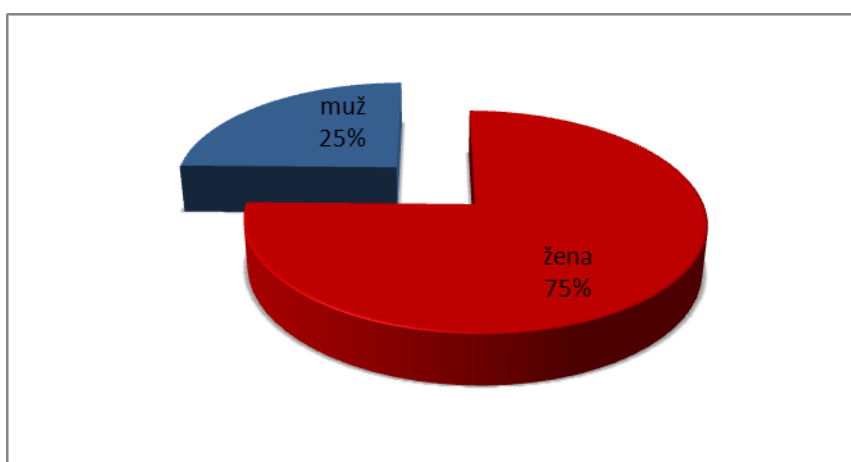
Níže je popsáno zastoupení daných respondentů z hlediska pohlaví, vzdělání, věku a počtu dětí. Tabulky obsahují relativní čísla uvedená na dvě desetinná místa, tato relativní čísla jsou v grafech zaokrouhlena na čísla celá, a to tak, že do 0,50 jsou zaokrouhlena dolů, nad 0,50 jsou zaokrouhlena nahoru na celé číslo.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet	Podíl
žena	67	75,28%
muž	22	24,72%

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



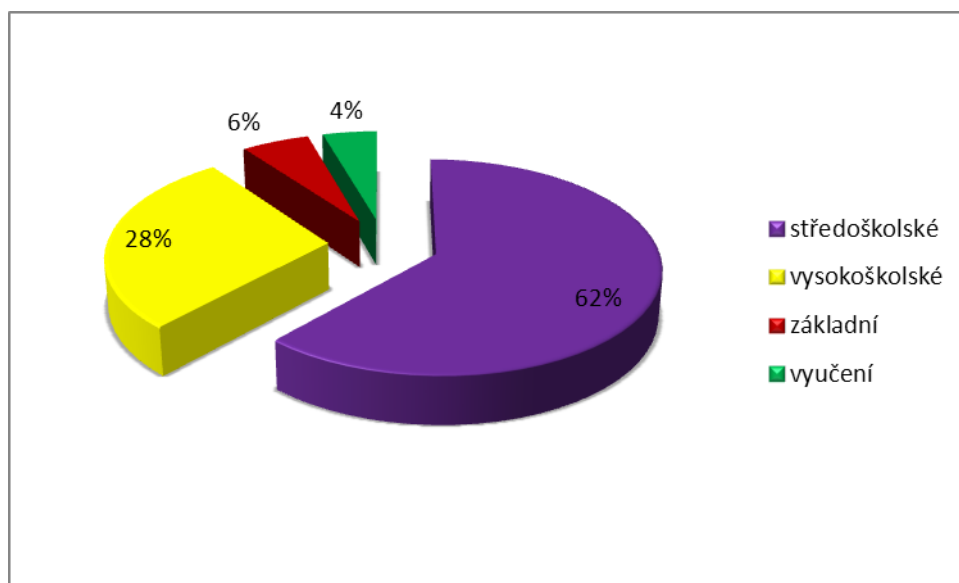
Výzkumného šetření se z celkového počtu 89 respondentů zúčastnila převážná většina žen v počtu 67, tj. 75,28 % a poměrně menší část mužů v počtu 22, tj. 24,72 %.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Počet	Podíl
základní	5	5,62%
vyučení	4	4,49%
středoškolské	55	61,80%
vysokoškolské	25	28,09%

Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



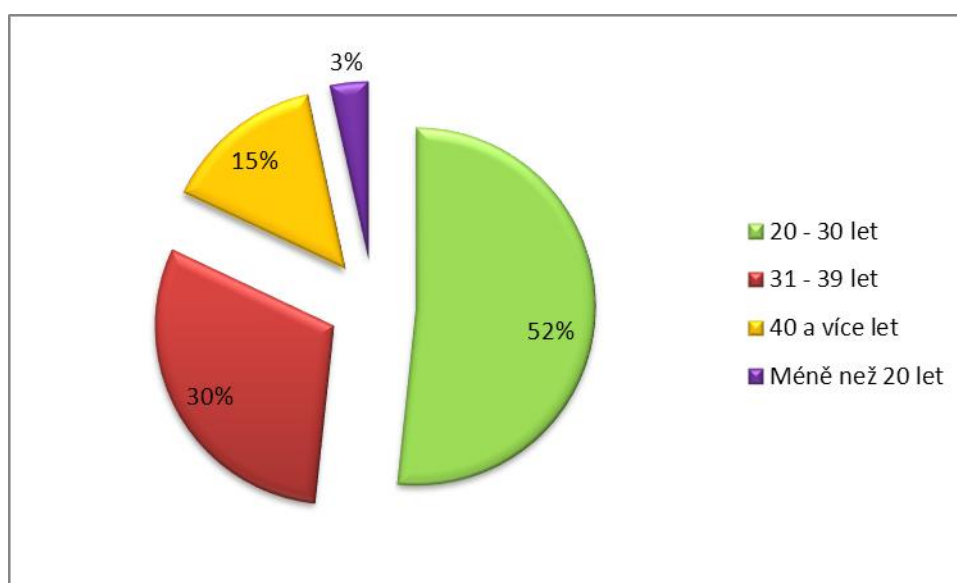
Na otázku „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ odpovědělo 55 respondentů, tj. 61,8 %, že má ukončené středoškolské vzdělání. Další podstatnou část tvořilo 25 respondentů, tj. 28,09 % s ukončeným vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 3: Kolik je vám let?

Tabulka č. 3 – Věk respondentů

Odpověď	Počet	Podíl
Méně než 20 let	3	3,37%
20 - 30 let	46	51,69%
31 - 39 let	27	30,34%
40 a více let	13	14,61%

Graf č. 3 – Věk respondentů



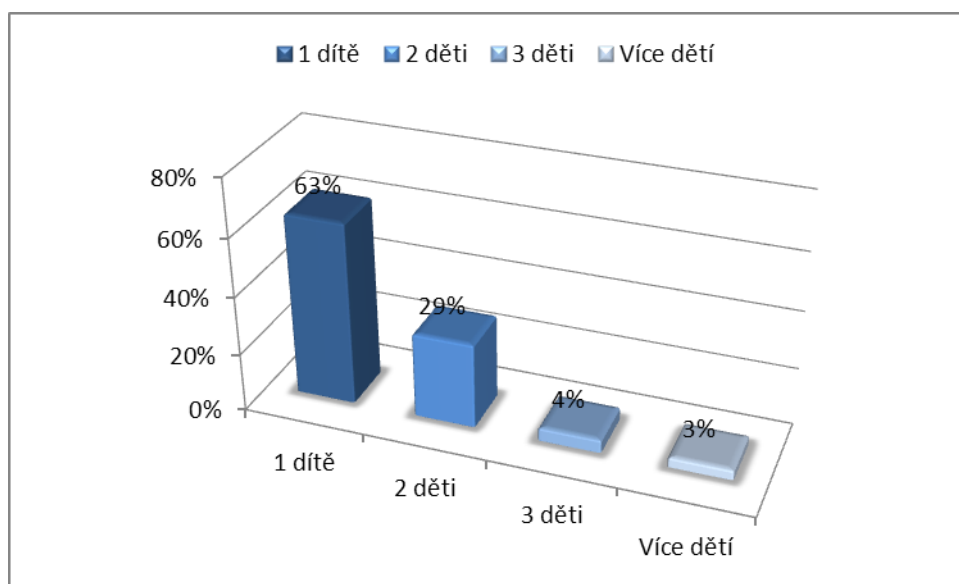
Výzkumu se zúčastnilo v největším zastoupení, v počtu 46 respondentů, tj. 51,69 %, ve věku od 20 do 30 let, a 27, tj. 30,34 % respondentů ve věku 31 až 39 let.

Otázka č. 4: Kolik máte dětí?

Tabulka č. 4 – Počet dětí

Odpověď	Počet	Podíl
1 dítě	56	62,92%
2 děti	26	29,21%
3 děti	4	4,49%
Více dětí	3	3,37%

Graf č. 4 – Počet dětí



Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že ze zkoumaného souboru má nejvíce respondentů (v počtu 56, tj. 62,92 %) pouze jedno dítě. Respondentů se dvěma dětmi se výzkumu zúčastnilo 26, tj. 29,21 %. Tři a více dětí se v rodinách dotazovaných příliš nevyskytují.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že typickým respondentem byla žena, středoškolského vzdělání, ve věku 20 – 30 let, s jedním dítětem.

10 Metodika výzkumného šetření

Pro zpracování empirické části mé bakalářské práce jsem použila metodu kvantitativního výzkumu. Na základě poznatků získaných studiem odborné literatury, vztahující se k dané problematice, a znalostí a dovedností, které jsem získala během studia na vysoké škole, jsem vypracovala anonymní dotazník pro rodiče dětí (pacientů / klientů primární péče) do věku 6 let, který byl určen pouze pro účely této práce.

Dotazník jsem sestavila tak, abych díky němu mohla dojít k cílům, které jsem si předem stanovila. Dotazník se skládal z 19 otázek (viz Příloha A) a obsahoval otázky uzavřené, polouzavřené, filtrační, škálové a jednu otázku výčtovou. Součástí dotazníku byl průvodní dopis, ve kterém jsem respondenty seznámila s účelem výzkumu a s návodem, jak dotazník vyplnit. Součástí celkového výzkumu byla předvýzkumná fáze, kdy bylo požádáno o vyplnění pilotního dotazníku 5 cíleně vybraných rodičů dětí do 6 let. Na základě jejich připomínek a konzultace s vedoucí bakalářské práce byl dotazník upraven do konečné podoby.

Výzkum probíhal v hlavním městě Praze a jejím okolí, kde jsem v období od 15. 2. 2012 do 5. 3. 2012 distribuovala celkem 100 dotazníků v elektronické podobě, přičemž sběr údajů byl realizován po celou dobu distribuce.

Další fází mého výzkumu bylo převedení získaných dat z dotazníků do programů Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word, kde jsem výsledky zpracovala do tabulek a grafů.

11 Průběh empirického šetření

Z celkem 100 distribuovaných dotazníků jich bylo navraceno 94 (tj. 94 %), přičemž 5 dotazníků (tj. 5 %) bylo z důvodu nekompletního vyplnění vyřazeno. Ke statistickému zpracování bylo tedy použito celkem 89 dotazníků (tj. 89 %). Tyto údaje přehledně zobrazuje následující tabulka.

Tabulka č. 5 – Přehled dotazníků

Dotazníky	Počet dotazníků
rozeslané	100 ks
vyplněné	94 ks
vyřazené	5 ks
platné	89 ks
návratnost	94 %
návratnost platných	89 %

12 Výsledky empirického šetření

Výsledky výzkumu jsem zpracovala do tabulek a grafů, které jsem náležitě doplnila příslušným komentářem.

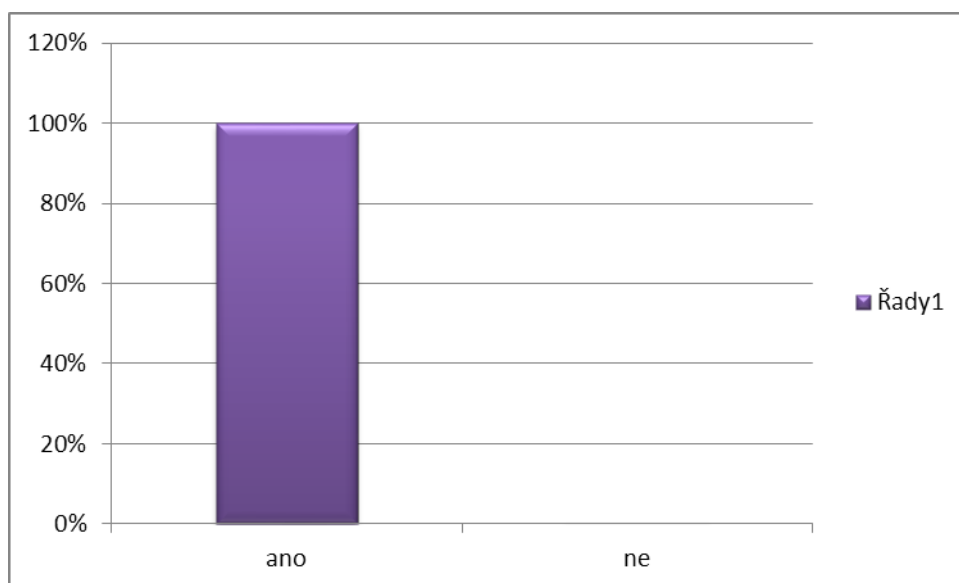
Vyhodnocení jednotlivých položek:

Otázka č. 5: Poskytuje Vám dětský lékař informace týkající se péče o Vaše dítě?

Tabulka č. 6 – Poskytování edukace

odpověď	počet	podíl
ano	89	100%
ne	0	0%

Graf č. 5 – Poskytování edukace



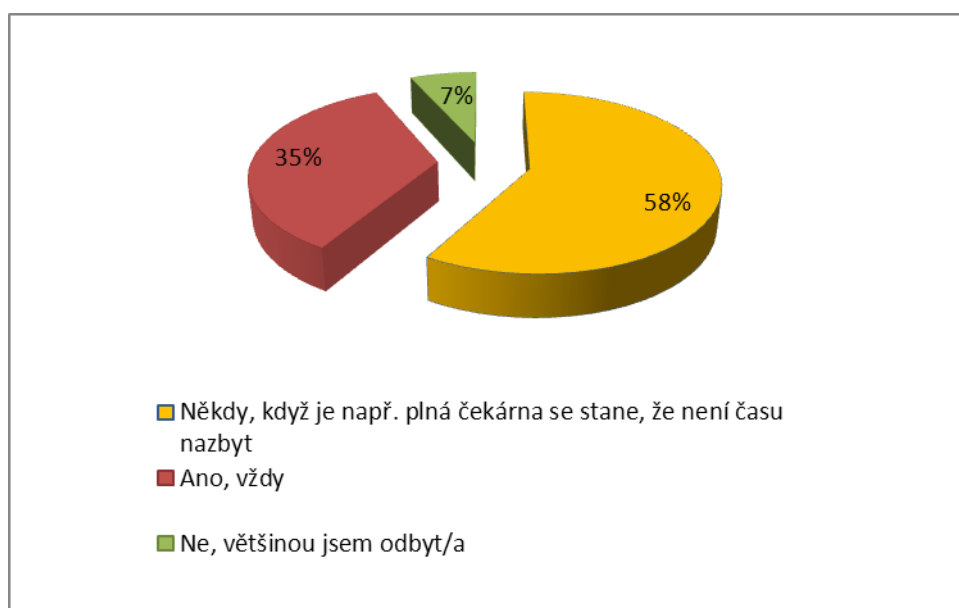
Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti kladně, tedy z 89 respondentů jich 89, tj. 100 %, potvrdilo, že u praktických lékařů pro děti a dorost, které se svými dětmi navštěvují, edukace probíhá.

Otázka č. 6: Myslíte si, že během Vaší návštěvy u lékaře je ponecháno dostatek času na poskytování informací, vysvětlování a Vaše případné dotazy?

Tabulka č. 7 – Časové podmínky

Odpověď	Počet	Podíl
Někdy, když je např. plná čekárna, se stane, že není času nazbyt	52	58,43%
Ano, vždy	31	34,83%
Ne, většinou jsem odbyt/a	6	6,74%

Graf č. 6 – Časové podmínky



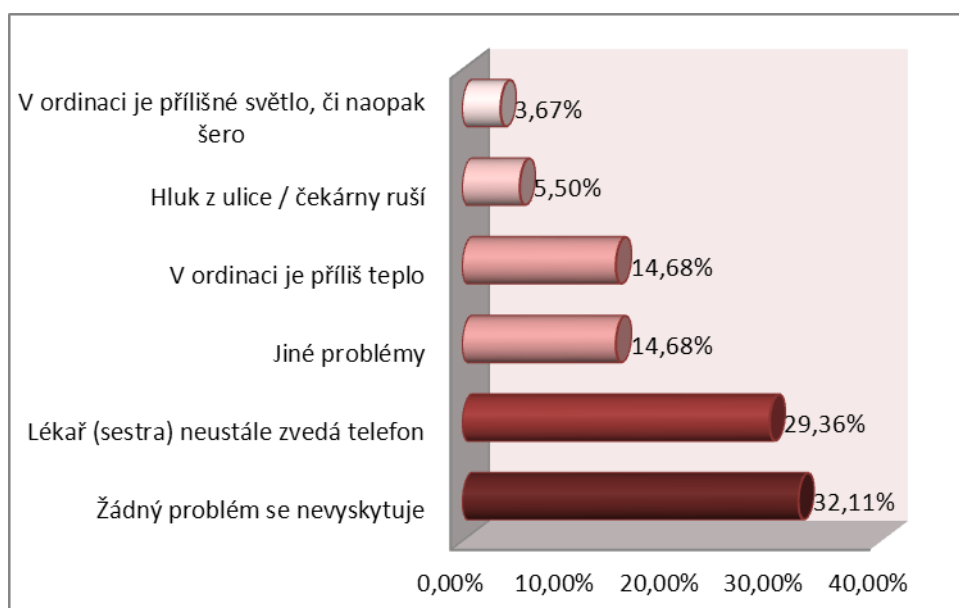
Více jak polovina respondentů, tedy 52, tj. 58,43 % respondentů, uvedlo, že ne vždy jsou zajištěny časové podmínky edukace v závislosti na množství pacientů, kteří na lékaře čekají. 31 respondentů, tj. 34,83 % potvrdilo, že je na edukaci vyhrazeno vždy dostatečné množství času a 6 respondentů, tj. 6,74 %, je z tohoto hlediska odbýváno.

Otázka č. 7: Během informování či poučování se vyskytují následující problémy:

Tabulka č. 8 – Edukační prostředí

Odpověď	Počet	Podíl
Žádný problém se nevyskytuje	35	32,11%
Lékař (sestra) neustále zvedá telefon	32	29,36
Jiné problémy	16	14,68%
V ordinaci je příliš teplo	16	14,68%
Hluk z ulice / čekárny ruší	6	5,50%
V ordinaci je přílišné světlo, či naopak šero	4	3,67%

Graf č. 7 – Edukační prostředí



Z hlediska prostředí ordinací, kde edukace probíhá, odpovědělo 35 dotazovaných, tj. 32,11 %, že je vše v pořádku a že nezaznamenali žádné z uvedených problémů. Pouze o 3 respondenty méně, tj. 29,36 %, uvedlo, že průběh edukace je vyrušován častými telefonáty, které edukátor vyřizuje. Ve stejném počtu 16 respondentů, tj. 14,68 %, se shodli, že v ordinaci

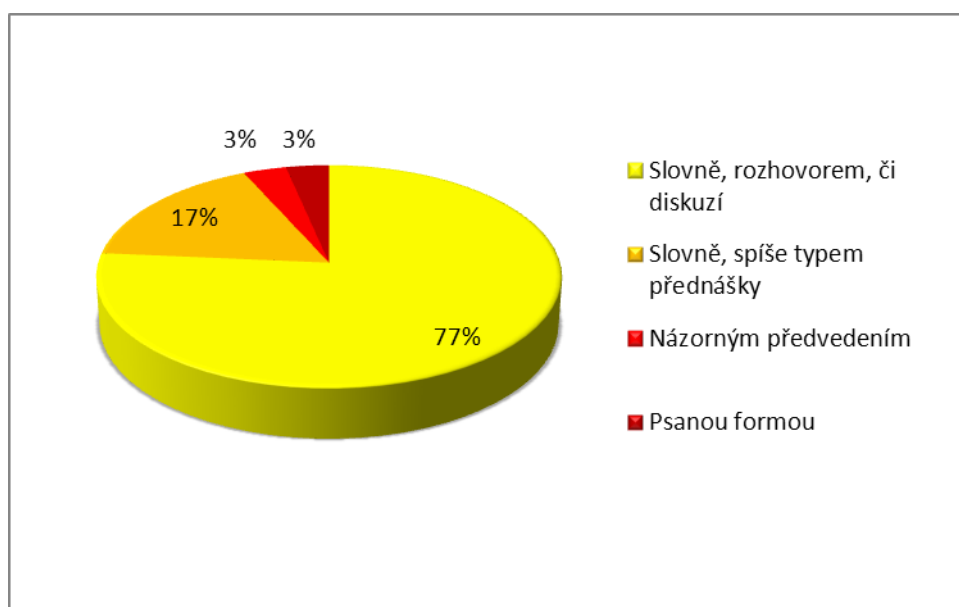
nevhodná teplota, která je při edukaci vyrušuje, či jiný problém bránící v soustředění.

Otázka č. 8: Informace jsou Vám nejčastěji předávány:

Tabulka č. 9 – Vyučovací metody

Odpověď	Počet	Podíl
Slovně, rozhovorem, či diskuzí	68	76,40%
Slovně, spíše typem přednášky	15	16,85%
Názorným předvedením	3	3,37%
Psanou formou	3	3,37%

Graf č. 8 – Vyučovací metody



Celkem 68 respondentů, tj. 76,40 %, potvrdilo, že k edukaci volí zdravotníci vyučovací metodu slovní, formou rozhovoru, či diskuze. Méně vhodnou

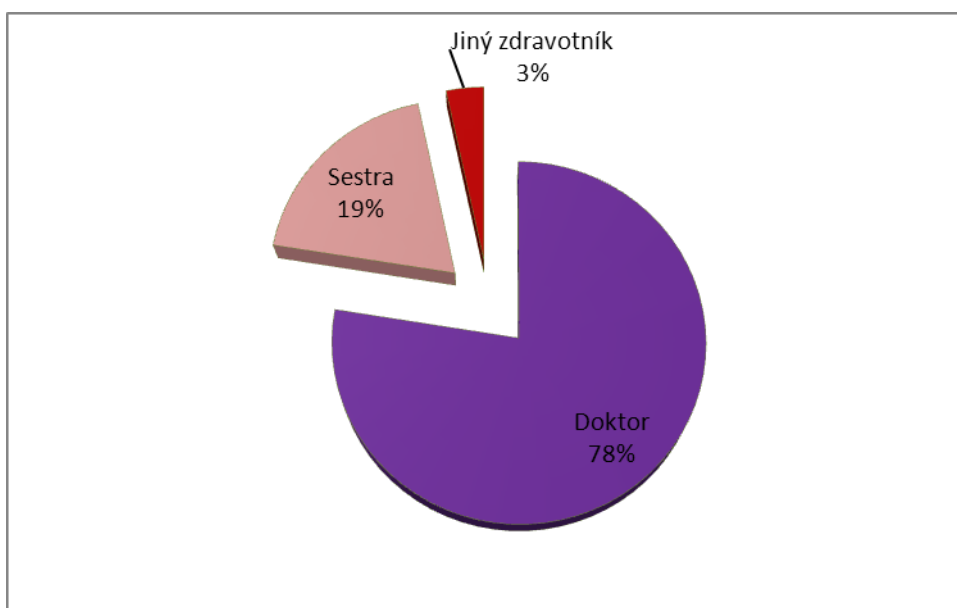
metodu v podobě přednášky praktikují zdravotníci u 15 respondentů, tj. 16,85 %. Metody názorného předvedení či psané se téměř nepoužívají.

Otázka č. 9: Kdo ze zdravotníků Vám informace poskytuje nejvíce?

Tabulka č. 10 – Edukátor

Odpověď	Počet	Podíl
Lékař	69	77,53%
Sestra	17	19,10%
Jiný zdravotník	3	3,37%

Graf č. 9 – Edukátor



V roli edukátora se u 69 tázaných, tj. 77,53 %, nejvíce vyskytuje lékař, v 17 případech, tj. 19,10 %, sestra. Jiní zdravotníci téměř needukují.

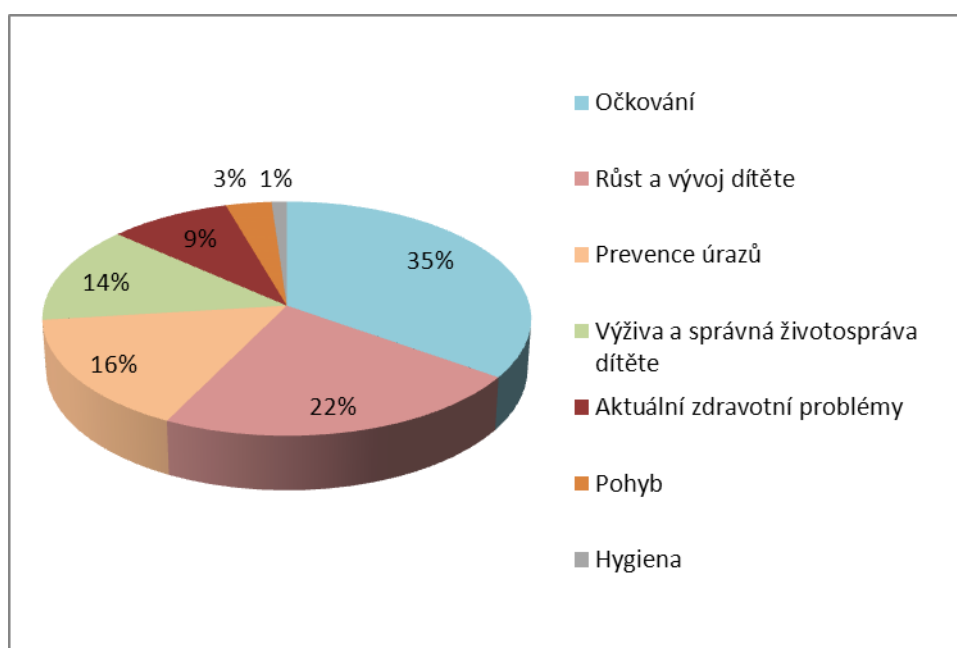
Otázka č. 10: Na jaké téma je Vám poskytováno nejvíce informací, čemu je věnována největší pozornost?

V této polootevřené otázce jsem respondentům nabídla celkem 7 možností, přičemž jedna z nich byla otevřená a respondenti mohli napsat libovolné téma.

Tabulka č. 11 – Nejčastější téma edukace

Odpověď	Počet	Podíl
Očkování	31	34,83%
Růst a vývoj dítěte	20	22,47%
Prevence úrazů	14	15,73%
Výživa a správná životospráva dítěte	12	13,48%
Jiné: aktuální zdravotní problémy	8	8,96%
Pohyb	3	3,37%
Hygiena	1	1,12%

Graf č. 10 – Nejčastější téma edukace



Celkem 31 respondentů, tj. 34,83 %, uvedlo, že největší pozornosti z hlediska edukace v rámci komplexní péče o dítě je věnováno očkování. Dalším 20 respondentům, tj. 22,47 %, je poskytováno nejvíce informací týkajících se růstu a vývoji dítěte. V téměř stejném počtu s rozdílem 2 respondentů se respondenti shodli na edukačních tématech – prevence úrazů a výživa a správná životospráva dítěte. Jako volnou odpověď volilo celkem 8 respondentů, tj. 8,96 %, a jejich odpovědi jsem shrnula pod pojem aktuální zdravotní problémy.

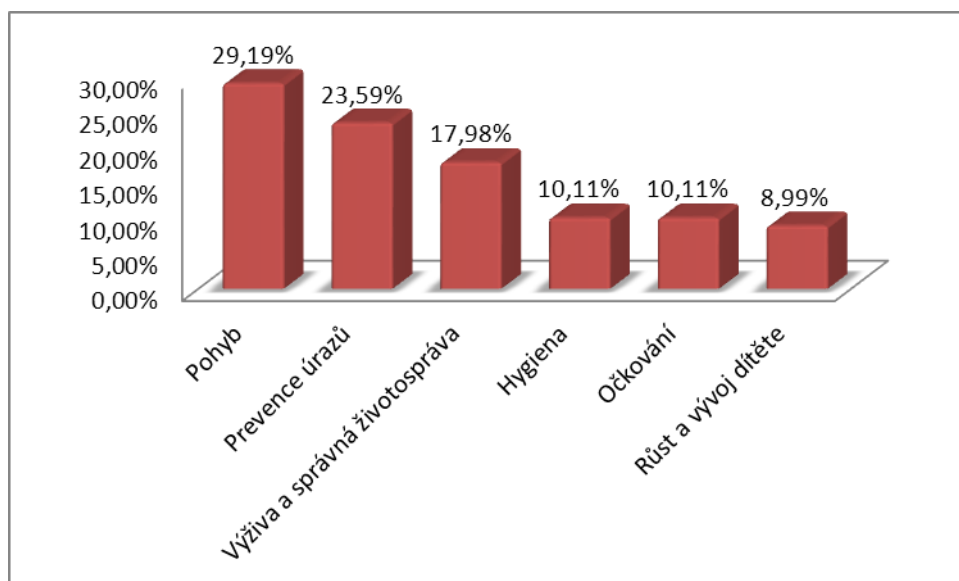
Otázka č. 11: Na jaké téma je Vám poskytováno nejméně informací?

Tato otázka byla polootevřená, respondenti měli možnost napsat libovolné téma, o kterém se domnívají, že mají nejmenší přísun informací. Této možnosti však žádný z respondentů nevyužil, vždy si vybrali z nabídky.

Tabulka č. 12 – Opomíjená témata

Odpověď	Počet	Podíl
Pohyb	26	29,19%
Prevence úrazů	21	23,59%
Výživa a správná životospráva	16	17,98%
Hygiena	9	10,11%
Očkování	9	10,11%
Růst a vývoj dítěte	8	8,99%

Graf č. 11 – Opomíjená témata



Z dotazovaných respondentů jich 26, tj. 29,19 %, uvedlo, že tématem, o kterém dostávají nejméně informací a kterému je věnována nejmenší pozornost, je pohyb jejich dítěte, následovalo téma prevence úrazů s počtem respondentů 21, tj. 23.59 %, a vzápětí téma výživy a správné životosprávy s počtem respondentů 16, tj. 17,98 %.

Otázka č. 12: Podle Vašeho názoru seřadte daná témata dle důležitosti:

V této otázce měli respondenti na výběr ze 6 témat, které měli označit čísly 1 - 6, přičemž 1 = nejdůležitější, 6 = nejméně důležité.

U jednotlivých témat jsem poté vypočítala aritmetický průměr výsledných odpovědí a na jeho základě vytvořila tabulku, v níž jsem témata seřadila na základě průměrně uváděné důležitosti.

Tabulka č. 13 – Pořadí témat

Odpověď	Průměrné pořadí
Růst a vývoj dítěte	2,697
Výživa a správná životospráva dítěte	2,809
Očkování	3,281
Hygiena	3,798
Prevence úrazů	3,944
Pohyb	4,472

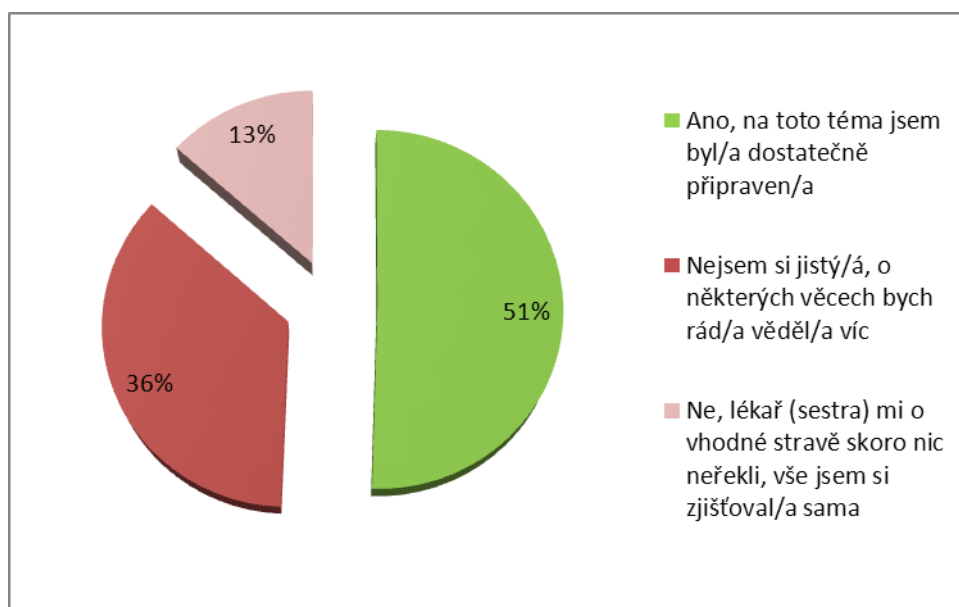
Z této tabulky vyplývá, že dle respondentů je za nejdůležitější považována edukace na téma růstu a vývoje dítěte, která se umístila na průměrném pořadí 2,697. Naopak nejméně důležitá je považována edukace týkající se pohybu umístěná na průměrném pořadí 4,472.

Otázka č. 13: Myslíte si, že jste schopen / schopna dle poskytnutých informací Vaším lékařem (sestrou) zajistit správnou a vyváženou stravu Vašemu dítěti odpovídající jeho věku?

Tabulka č. 14 – Informovanost v oblasti výživy

Odpověď	Počet	Podíl
Ano, na toto téma jsem byl/a dostatečně připraven/a	45	50,56%
Nejsem si jistý/á, o některých věcech bych rád/a věděl/a víc	31	35,95%
Ne, lékař (sestra) mi o vhodné stravě skoro nic neřekli, vše jsem si zjišťoval/a sama	13	13,48%

Graf č. 12 – Informovanost v oblasti výživy



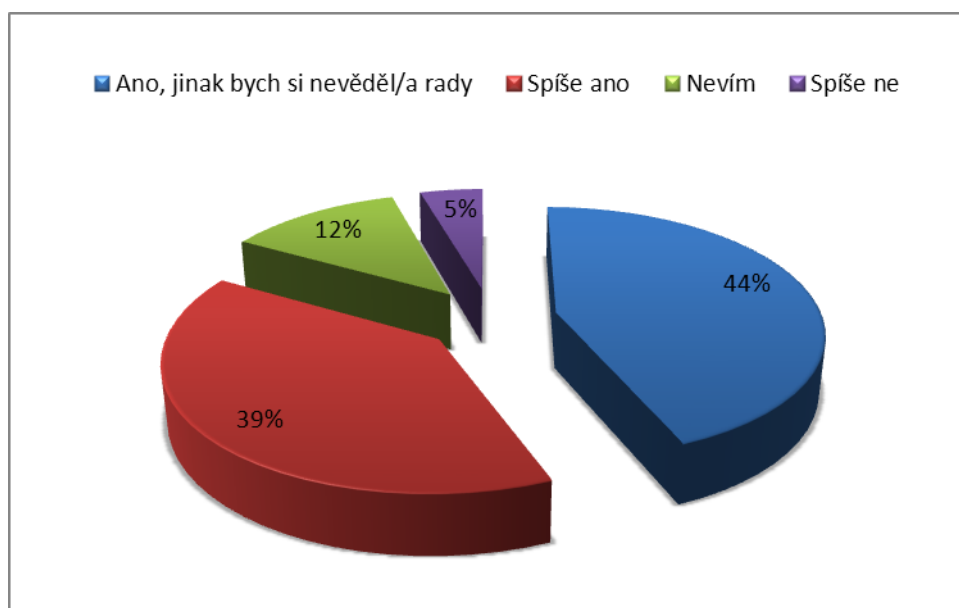
Z celkového počtu respondentů jich 45, tj. 50,56 %, respondentů, uvedlo, že je na základě edukace v oblasti výživy schopno zajistit dítěti správnou a vyváženou stravu odpovídající věku dítěte, dalších 31 respondentů, tj. 35,95 %, nemá dle edukace v oblasti výživy ucelené informace na to, aby si byli jisti, že dělají vše správně a celých 13,48 %, tj. 13 respondentů, uvedlo, že na základě edukace by nebyli schopni se o správnou výživu postarat a že si informace zjišťovali sami.

Otázka č. 14: Považujete výchovu, vzdělávání a poskytování informací u Vašeho dětského lékaře za nezbytné?

Tabulka č. 15 – Nezbytnost edukace

Odpověď	Počet	Podíl
Ano, jinak bych si nevěděl/a rady	39	43,82%
Spíše ano	35	39,33%
Nevím	11	12,36%
Spíše ne	4	4,49%
Ne, poradím si sám/sama	0	0 %

Graf č. 13 – Nezbytnost edukace



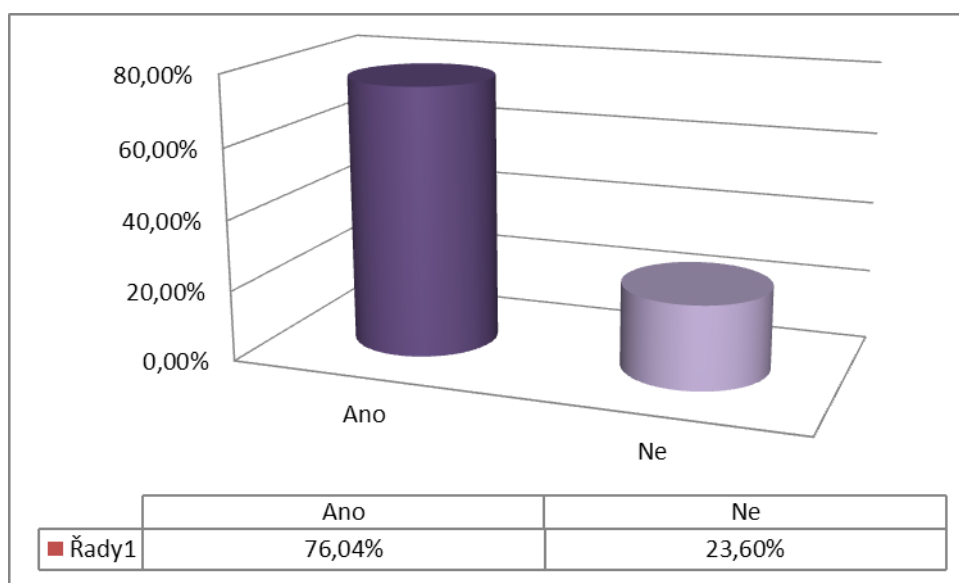
39 dotazovaných, tj. 43,82 %, považuje edukaci za důležitý zdroj informací, bez nějž by si v rámci péče o své dítě nevěděl/a rady a dalších 35 dotazovaných, tj. 39,33 %, se přiklání spíše k nezbytnosti edukace. Pouze 15 respondentů, tj. 16,85 %, odpovědělo neutrálně, či se přiklánělo k odpovědi ne, ovšem žádný z dotazovaných jednoznačně neuvedl, že by se bez edukace v rámci primární péče obešel.

Otázka č. 15: Myslíte si, že je na předávání informací o péči o Vaše dítě kladen důraz?

Tabulka č. 16 – Důraz na edukaci

Odpověď	Počet	Podíl
Ano	68	76,04%
Ne	21	23,6%

Graf č. 14 – Důraz na edukaci



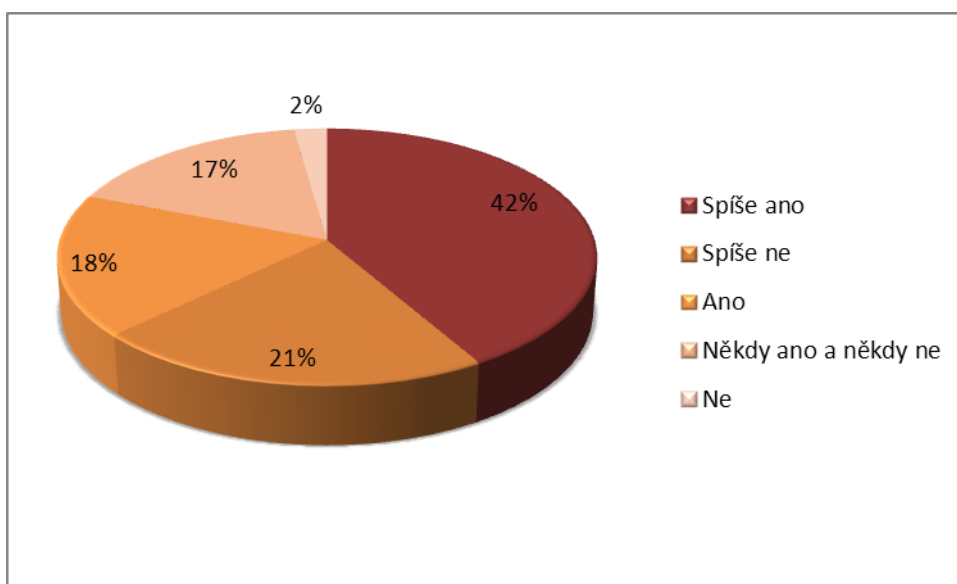
76,04 %, tedy 68 respondentů, se domnívá, že je na edukaci z hlediska zdravotníků kladen důraz a zbylých 23,6 %, v zastoupení 21 respondentů, si myslí, že ne.

Otázka č. 16: Máte pocit, že poskytované informace praktickým lékařem a sestrou jsou pro Vás z hlediska péče o dítě vždy postačující?

Tabulka č. 17 – Dostatečnost informací

Odpověď	Počet	Podíl
Ano, vždy je mi vše řádně vysvětleno a vím, kde si potřebné informace vyhledat	16	17,98%
Spíše ano, ovšem jsou věci, o kterých bych rád/a věděl/a více	37	41,57%
Někdy ano a někdy ne	15	16,85%
Spíše ne, v některých věcech si nejsem moc jistý/á	19	21,35%
Ne, lékař (sestra) nechává iniciativu spíše na mě, abych si vše sám/sama zjistila	2	2,25%

Graf č. 15 – Dostatečnost informací



Nejvíce respondentů se u této otázky přiklonilo k nejednoznačným odpovědím. 37 respondentů, tj. 41,57 %, odpovědělo, že je pro ně poskytovaná edukace spíše postačující s tím, že zaznamenali menší nedostatky a 19 respondentů, tj. 21,35 %, se domnívá, že edukace spíše nepostačuje, jelikož si v některých oblastech nejsou jistí. Pouze 2 respondenti, tj. 2,25 %, upozornili, že je pro ně edukace nepostačující.

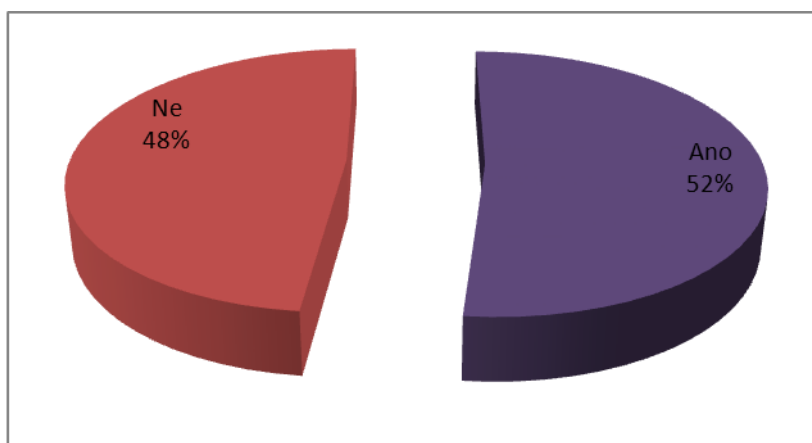
Otázka č. 17: Stalo se Vám, že jste měl/a nějaký problém, se kterým jste si nevěděl/a rady a díky informacím, které Vám byly poskytnuty, jste ho následně zvládl/a?

V této otázce měli respondenti na výběr ze dvou jednoznačných odpovědí a v případě, že byla odpověď kladná, byla jim nabídnuta možnost tuto odpověď přiblížit, nebylo to však podmínkou.

Tabulka č. 18 – Využití informací

Odpověď	Počet	Podíl
Ano	46	51,69%
Ne	43	48,31%

Graf č. 16 – Využití informací



Odpovědi na tuto otázku byly téměř vyvážené s rozdílem 3 respondentů.

Doplňující otázka: Pokud ano, čeho se problém týkal?

Odpověď na doplňující otázku byla ponechána na uvážení respondentů.

Tabulka č. 19 – Počet zodpovězení

Odpověď	Počet	Podíl
Uvedeno	27	58,7%
Neuvedeno	19	41,3%

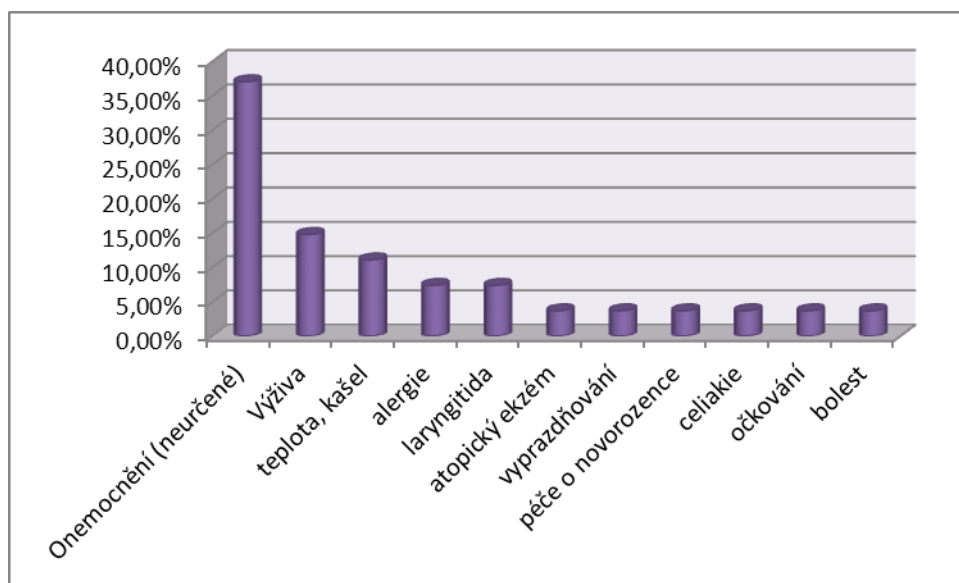
Z počtu 46 kladně odpovídajících respondentů, tj. v tomto případě 100 %, odpovědělo na doplňující otázku 27 respondentů, tj. 58,7 %.

Těchto 27 respondentů, tj. v tomto případě 100 %, uvedlo tyto problémy:

Tabulka č. 20 – Přiblížení problému

Odpověď	Počet	Podíl
onemocnění (neurčené)	10	37,04%
výživa	4	14,81%
teplota, kašel	3	11,11%
alergie	2	7,40%
laryngitida	2	7,40%
atopický ekzém	1	3,70%
vyprazdňování	1	3,70%
péče o novorozence	1	3,70%
celiakie	1	3,70%
očkování	1	3,70%
bolest	1	3,70%

Graf č. 17 – Přiblížení problému



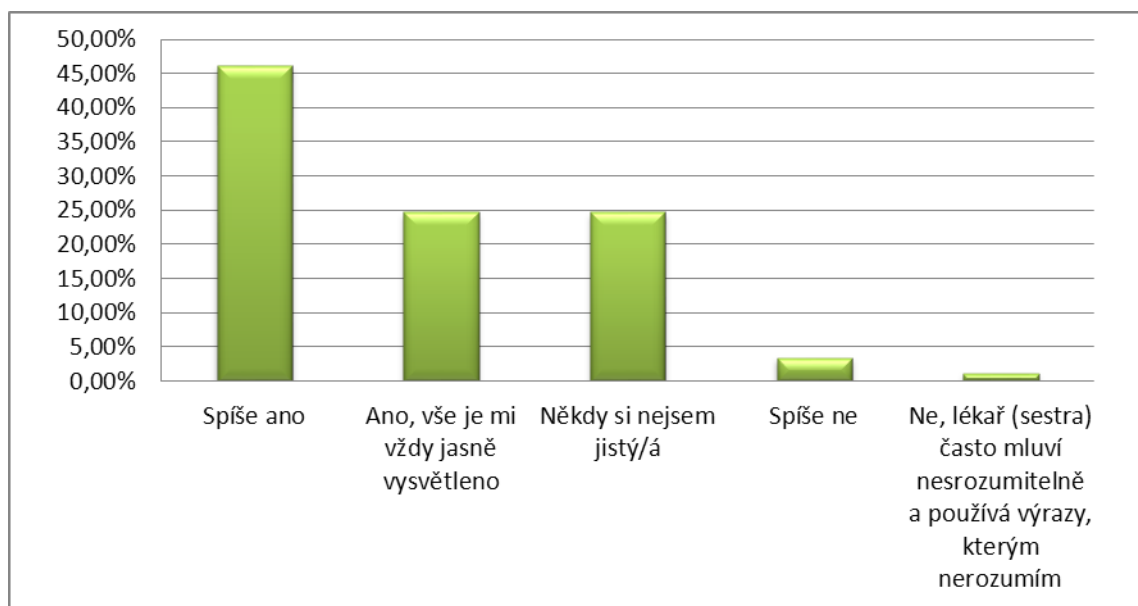
37,04 %, tj. 10 respondentů, napsalo, že se problém týkal onemocnění, které ovšem blíže nespecifikovali. Dalšími frekventovanými odpověďmi byly výživa, teplota a kašel, alergie a laryngitida.

Otázka č. 18: Jsou pro Vás poskytnuté informace vždy srozumitelné?

Tabulka č. 21 – Srozumitelnost informací

Odpověď	Počet	Podíl
Ano, vše je mi vždy jasně vysvětleno	22	25%
Spíše ano	41	46,07%
Někdy si nejsem jistý/á	22	25%
Spíše ne	3	3,37%
Ne, lékař (sestra) často mluví nesrozumitelně a používá výrazy, kterým nerozumím	1	1,12%

Graf č. 18 – Srozumitelnost informací



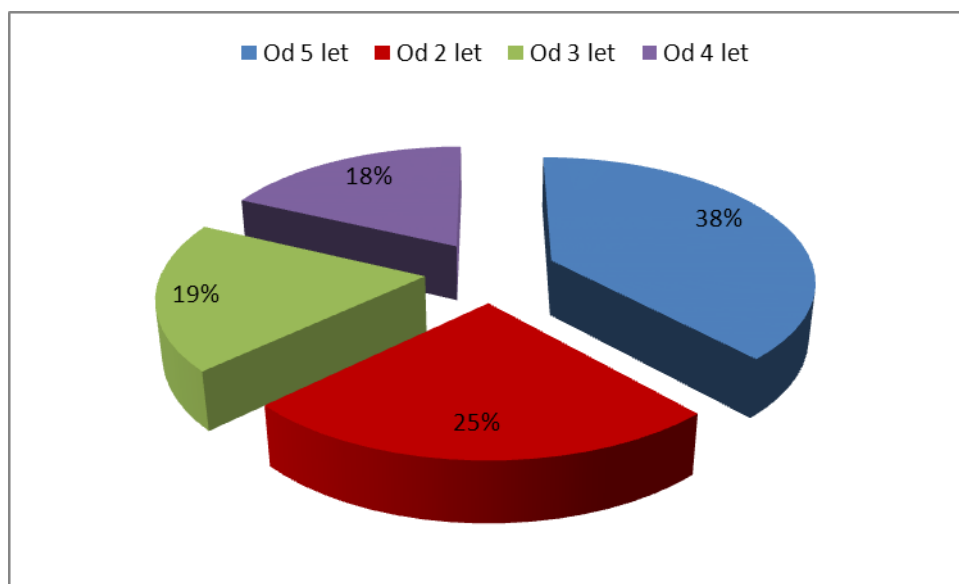
Téměř polovině respondentů, tj. 46,07 %, jsou informace podávány tak, že jsou jim celkově, až na malé výjimky, srozumitelné. Ovšem pouze 25 %, v zastoupení 22 respondentů, se dostává zcela jasně popsaným a vysvětleným informacím. Stejný počet respondentů si nebylo jisto, k jaké odpovědi se přiklonit a jen minimum tázaných na tuto otázku odpovědělo záporně.

Otázka č. 19: Od jakého věku Vašeho dítěte se domníváte, že by měly být informace poskytovány nejen Vám, ale i Vašemu dítěti?

Tabulka č. 22 – Počáteční věk edukace dětí

Odpověď	Počet	Podíl
Od 2 let	22	25%
Od 3 let	17	19,10%
Od 4 let	16	17,98%
Od 5 let	34	38,20%

Graf č. 19 – Počáteční věk edukace dětí



U této otázky se mi dostalo zajímavých odpovědí. Jelikož nejvíce respondentů, tj. 34 (38,2 %) uvedlo, že hraničním věkem, kdy by edukaci u dětí zahájili, je 5 let. Ovšem druhým nejčastěji odpovídaným věkem, tedy ve čtvrtině případů, byly 2 roky. V téměř stejném zastoupení, s rozdílem 1 respondenta, by edukace dětí měla začínat 3. a 4. rokem života.

Na základě těchto výsledků jsem provedla výpočet váženého aritmetického průměru a stanovila průměrný věk, od kdy by dle rodičů měla být edukace zahájena i u dětí, tedy od věku 3, 7 let, tj. 3 roky a 8 měsíců.

13 Vyhodnocení empirického šetření

V této kapitole se budu věnovat tomu, zda dosažené výsledky ověřily nebo vyvrátily předem stanovené předpokládané výsledky výzkumu.

Hlavním cílem bylo zjistit stav edukace v primární péči v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost.

Díky ochotě respondentů a jejich pečlivě vyplněným dotazníkům mohl být, v rámci kladených otázek, tento stav zjištěn.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, zda edukace u praktických lékařů pro děti a dorost probíhá.

Předpokládaný výsledek:

Domnívala jsem se, že ve 100 % případů edukace probíhá.

Dílčímu cíli č. 1 přísluší v dotazníku otázka č. 5.

Ve výzkumném souboru se všichni respondenti bez výjimky, tj. 100 %, shodli, že edukace probíhá. Předpokládaný výsledek tím považuji za jednoznačně potvrzený.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, zda edukace probíhá za vhodných podmínek a vhodnou metodou.

Předpokládaný výsledek:

Myslela jsem si, že v 70 % případů jsou časové podmínky edukace splněny pouze někdy.

Domnívala jsem se, že v 60 % případů jsou zdravotníci schopni zcela zajistit prostorové požadavky, při nichž může edukace ničím nerušeně probíhat.

Předpokládala jsem, že zdravotnický personál pro edukaci volí metodu z 90 % ústní a to v podobě rozhovoru či diskuze.

Dílčímu cíli č. 2 odpovídá v dotazníku otázka č. 6., 7. a 8.

V otázce č. 6 uvedlo pouze 31 respondentů, tj. 34,83 %, že je na edukaci vyhrazeno vždy dostatek času a celkem 52 respondentů, tj. 58,43 %, že edukace probíhá s dostatečným časovým zabezpečením pouze někdy. Výsledky tedy dopadly o 11,57 % lépe, než bylo předpokládáno, přesto v 65,16 % edukace neprobíhá za zcela vhodných časových podmínek.

V otázce č. 7 sice nejvíce respondentů uvedlo, že z hlediska edukačního prostředí je vše v pořádku, ovšem počet těchto respondentů byl pouze 35, tj. 32,11 %. Tudíž předpokládaný výsledek byl o 27,89 % lepší. Prostorové požadavky jsou nevyhovující.

V otázce č. 8 téměř většina respondentů, tj. 83 (93,25 %) odpovědělo, že nejčastější používanou metodou je metoda slovní, v jakékoliv podobě. Skutečný výsledek byl tedy o 3,25 % častější, než předpokládaný. 68 respondentů, tj. 76,4 %, označilo jako nejpoužívanější diskuzi a rozhovor. Skutečný výsledek o 6,4 % předčil očekávaný.

Edukace neprobíhá za zcela vhodných časových i prostorových podmínek, nejčastěji volenou metodou je metoda slovní (rozhovor, diskuze).

Dílčím cílem č. 3 bylo zmapovat, v jaké oblasti jsou pacienti / klienti a jejich zákonní zástupci nejvíce edukováni, v jaké oblasti jim edukace nejvíce chybí a v jaké oblasti je dle jejich názoru edukace nejvíce důležitá.

Předpokládaný výsledek:

Domnívala jsem se, že pacienti / klienti a jejich zákonní zástupci jsou nejvíce edukováni v oblasti očkování a naopak nejméně v oblasti prevence úrazů.

Předpokládala jsem, že rodiče považují za nejvíce důležitou edukaci týkající se výživy a správné životosprávy.

Dílčímu cíli č. 3 odpovídá v dotazníku otázka č. 10., 11., 12. a 13.

Z odpovědí respondentů na otázku č. 10 vyplývá, že tématem, kterému je věnováno nejvíce pozornosti z hlediska předávání informací, je očkování (tuto odpověď označilo 31 respondentů, tj. 34,83 %), což odpovídá i předpokládanému výsledku. Naopak nejméně informací je, dle odpovědí na otázku č. 11, poskytováno o pohybu dítěte (tuto odpověď označilo

26 respondentů, tj. 29,19 %), předpokládané téma prevence úrazů bylo uváděno z hlediska počtu odpovědí na druhém místě. Dle výsledků dále vyplývá, že rodiče považují edukaci za nejvíce důležitou v oblasti růstu a vývoje dítěte, předpokládané téma výživy a správné životosprávy bylo druhým nejčastěji uváděným tématem.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit, zda je edukace v primární péči z hlediska příjemců považována za nezbytnou, a zda je na ni z hlediska zdravotníků kladen důraz.

Předpokládaný výsledek:

Domnívala jsem se, že edukaci v primární péči považuje minimálně 60 % respondentů jednoznačně za nezbytnou metodu vedoucí k udržování a zlepšování zdraví.

Předpokládala jsem, že se respondenti v 60 % shodnou, že je na edukaci ze strany zdravotníků kladen důraz.

Dílčímu cíli č. 4 odpovídá v dotazníku otázka č. 14. a 15.

V otázce č. 14 se ke kladné odpovědi přiklonilo celkem 74 respondentů, tj. 88,15 %, ovšem jednoznačně „ano“ odpovědělo pouze 39 respondentů, tj. 43,82 %. Předpokládaný výsledek byl tedy o 16,18 % větší.

Na otázku č. 15 odpovědělo 68 respondentů, tj. 76,04 %, že se domnívá, že zdravotníci na edukaci kladou důraz. Skutečný výsledek je tedy o 16,04 % lepší, než předpokládaný.

Dílčím cílem č. 5 bylo zjistit, zda jsou poskytnuté informace pro pacienty postačující a srozumitelné.

Předpokládaný výsledek:

Předpokládala jsem, že z 90 % jsou informace poskytnuty tak, aby byly pro příjemce jednoznačně dostatečné a srozumitelné.

Dílčímu cíli č. 5 odpovídá v dotazníku otázka č. 16. a 18.

Na otázku č. 16, jestli jsou poskytované informace pro jejich příjemce dostatečné, se ke kladné odpovědi přiklonilo celkem 53 respondentů,

tj. 59,55 %, z čehož ovšem pouze 16 respondentů, tj. 17,98 %, jednoznačně potvrdilo, že je jim vše řádně vysvětleno a vědí, kde si popřípadě potřebné informace vyhledat. Skutečný výsledek byl tedy o celých 72,02 % horší, než předpokládaný.

V otázce č. 18 jednoznačně „ano, vše je mi vždy jasně vysvětleno“ odpovědělo pouze 22 respondentů, tj. 25 %. Výsledek byl tedy o 65 % horší, než předpokládaný. Nejčastější odpověď byla „spíše ano“, kterou označilo 41 respondentů, tj. 46,07 %.

Skutečné výsledky byly mnohem horší, než bylo předpokládáno, poskytované informace nejsou pro jejich příjemce postačující a srozumitelně vysvětlené.

Dílčím cílem č. 6 bylo zjistit, kdo edukaci v primární péči nejčastěji provádí a od jakého věku by dle rodičů měla být poskytována i dětem.

Předpokládaný výsledek:

Předpokládala jsem, že je edukace prováděna z 50 % lékařem a z 50 % sestrou, v rámci jejich kompetencí. Domnívala jsem se, že dle rodičů by měly být do edukace zapojeny i děti od věku 3 let.

Dílčímu cíli č. 6 odpovídá v dotazníku otázka č. 9. a 19.

V otázce č. 9 se 69 respondentů, tj. 77,53 %, shodlo, že jim informace poskytuje nejčastěji lékař a 17 respondentů, tj. 19,1 %, uvedlo, že sestra. 3 respondenti uvedli, že je edukuje jiný zdravotník, což nebylo vůbec předpokládáno. Z hlediska poměru lékař vs. sestra se v roli edukátora vyskytuje více lékař.

Z otázky č. 19 vyplývají zajímavé výsledky. Nejvíce respondentů – 34, tj. 38,2 %, uvedlo, že do edukace začínají být zapojovány jejich děti od věku 5 let, což je o 2 roky později, než bylo předpokládáno. Druhou nejčastější odpovědí však bylo „od 2 let“, což je naopak o rok méně, než předpokládaný výsledek. Odpověď „od 3 let“ označilo 17 respondentů, tj. 19,1 %. Dle výsledků je průměrným věkem, kdy by měla začít být edukace poskytována i dětem, věk 3,7 let (tj. 3 roky a 8 měsíců), tedy o 0,7 let (8 měsíců) více, než byl předpokládaný výsledek.

14 Diskuze

Z vyhodnocení empirického šetření plyne, že edukace v primární péči bez výjimky probíhá, což si myslím, že je zcela předpokládaným výsledkem, jelikož edukace je jednou z nejdůležitějších součástí primární péče.

Celkově edukace neprobíhá za zcela vhodných časových podmínek. Nejčastěji se stává, že jsou tyto podmínky splněny pouze někdy, což by se dalo přisuzovat jednak nedostatku času, který mají zdravotníci k dispozici, ale i nevhodnému časovému rozvržení jednotlivých návštěv. Ani prostorové požadavky nejsou zcela vyhovující. V 67,89 % se edukace nerealizuje ve vhodném prostředí z nejrůznějších důvodů, mezi nejčastější z nich patří věnování se edukátora telefonátům. Zdravotníci nejčastěji volí metodu slovní, mluvenou v podobě rozhovoru či diskuze. Tato metoda je pro edukaci ve zdravotnictví zcela vhodná, jelikož má během ní edukátor možnost zpětné vazby ověřování porozumění edukanta.

Jakožto téma, na které je poskytováno nejvíce informací bylo nejčastěji označováno očkování. To přisuzuji jednak celkové tendenci našeho zdravotnictví zaměřit se na tuto oblast a jednak tomu, že se domnívám, že toto téma bývá nejčastěji obávaným z hlediska rodičů. Naopak nejméně informací je poskytováno o pohybu dítěte, což přispívá i nárůstu počtu obézních dětí v naší populaci.

Přesto, že dle respondentů je na edukaci v primární péči kladen důraz, pouze malá část z nich považuje edukaci za jednoznačně nezbytnou. Myslím si, že to je ovlivněno hodně tím, že v dnešní době díky možnosti využívání internetu, mnoha odborných publikací, časopisů a jiných zdrojů informací, mají rodiče možnost si informace, které je zajímají sami vyhledat.

Skutečný problém vidím v tom, že pouze minimu respondentů připadá edukace jednoznačně postačující i srozumitelná. Domnívám se, že tento fakt je do jisté míry ovlivněn nevhodnými časovými podmínkami a prostorovými požadavky a do jisté míry způsobem, jakým jsou informace předávány, a individuálním postojem zdravotníka k edukaci.

15 Návrhy pro praxi

Jako reakci na výsledky empirického šetření, bych v této kapitole ráda uvedla mé návrhy na zlepšení nedostatků, které se při edukaci vyskytují.

Především si myslím, že je nezbytné zaměřit se na to, aby byla poskytovaná edukace pro příjemce zcela srozumitelná a dostatečná. Je nutné vždy zvážit edukantovy individuální možnosti i schopnosti a tomu edukaci přiměřeně přizpůsobit. Náplň i rozsah informací musí být v souladu s edukantovými současnými znalostmi. Je vhodné vyhnout se ne příliš často používaným výrazům, které nemusejí být zřejmé, a v případě jejich používání je objasnit a ujistit se, že byly pochopeny. Rozsah informací ovšem musí být takový, aby byl k danému tématu vyčerpávající a zcela postačující. V závěru edukace by měl edukátor vždy zopakovat nejdůležitější body, jichž se edukace týkala a ujistit se, že edukant poskytnuté informace pochopil a pamatuje si je.

Pro zajištění srozumitelnosti a dostatečnosti edukace je nezbytné, aby bylo na edukaci vymezeno vždy dostatek času. Lékař / sestra by měli pacienty směřovat, aby se před návštěvou, pokud možno, předem objednali a při organizování objednaných pacientů vždy myslet na to, aby měli dostatečnou časovou rezervu na případně vzniklé problémy či nečekané události. Obsah návštěvy by měl být přiměřeně rozložen dle potřeb pacienta / klienta, mezi něž patří i potřeba edukace. Z hlediska prostorových požadavků by se zdravotníci měli snažit splnit ty, které v rámci svých možností splnit mohou. Přizpůsobit prostředí tak, aby průběh i konečný výsledek edukace nebyl, pokud možno, ničím negativně ovlivněn.

Myslím si, že v rámci témat, kterých se edukace týká, by mělo být věnováno více pozornosti pohybu, vzhledem k nedostatku informací a k rychle stoupajícímu trendu snížení pohybové aktivity v rámci denního režimu zejména u dětí.

Navrhuji, že by bylo vhodné uspořádat vzdělávací seminář týkající se edukace v primární péči, jehož obsahem by byla samotná edukace (její zásady, metody atd.) a témata, kterých by se edukace měla týkat. Dále navrhuji zavést pravidelná školení na téma „Zaměření edukace“. Tato školení

by měla být postavená na základě pravidelných veřejných výzkumů a jejich výsledků.

16 Závěr

Bakalářská práce je věnována Edukaci v primární péči.

Teoretická část představuje souhrn ucelených informací o historii pedagogiky a edukace, o podrobném popisu edukačního procesu, o primární péči v rámci pediatrie a edukačních tématech týkajících se tohoto oboru.

Hlavním cílem empirické části bylo zjistit stav edukace v primární péči v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost. Na základě hlavního cíle bylo stanoveno 6 dílčích cílů, díky nimž byl hlavní cíl objasněn. K tomuto zjištění jsem využila metod kvantitativního výzkumu.

Mezi základní informace plynoucí z výsledků výzkumu patří fakt, že je edukace bez výjimky poskytována. Pro edukaci je volena nejčastěji slovní metoda v podobě rozhovoru a diskuze. Tématem, kterému je věnována největší pozornost, je očkování a naopak nejmenší pohybu dítěte. Na edukaci je z hlediska zdravotníků kladen důraz, ovšem edukace není považována z hlediska příjemců za nezbytnou. V primární péči poskytují informace zejména lékaři, sestry méně. Průměrným věkem, kdy se rodiče domnívají, že by mělo být zahájeno edukování dětí jsou 3 roky a 8 měsíců. Jako největší problém spatřuji fakt, že je z velké části edukace pro příjemce nesrozumitelná a nedostatečná a že nesplňuje časové podmínky ani prostorové požadavky.

Touto prací jsem se pokusila přispět k doplnění a prohloubení informací o současné situaci týkající se edukace v primární péči. Díky problematickým oblastem, které jsem při empirickém šetření odhalila, může práce přispět k jejich zlepšení. Uvedla jsem též návrhy, jak by k tomuto zlepšení mohlo dojít. Tyto informace najdou uplatnění u praktických lékařů pro děti a dorost a všeobecných sester pracujících v jejich ordinacích a napomohou při jejich dalším vzdělávání.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ

Seznam literárních zdrojů

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

JŮVA, J. *Stručné dějiny pedagogiky* 6. vyd. Brno: Paido, 2007. 91 s. ISBN:978-80-7315-151-5

KASPER, T., KASPEROVÁ, D. *Dějiny pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 224 s. ISBN 978-80-247-2429-4

KUČERA, M., KOLÁŘ, P., DYLEVSKÝ, I. et al. *Dítě, sport a zdraví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7262-712-7

LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6

MARCDANTE, K. J., KLIEGMAN, R. M., JENSON, M. B., BEHRMAN, R. E. *Nelson Essentials of Pediatrics*. 6. vyd. Canada: Saunders, 2011. 864 s. ISBN-13: 978-1-4377-0643-7

MUNTAU, A. C. *Pediatrie*. 1. čes. vyd. Praha: Grada, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3

SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1

STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2008. 359 s. ISBN 978-80-246-1067-2

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2

Seznam elektronických zdrojů

Blooms taxonomy of learning domains

<<http://www.businessballs.com/bloomstaxonomyoflearningdomains.htm>>
[cit. 2012-02-22].

Dielektrika <<http://dielektrika.kvalitne.cz/bloom.html>> [cit. 2012-02-22].

JAROŠOVÁ Edukace v ošetrovatelství <<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>> [cit. 2012-02-15].

Moje dítě <<http://www.hami.cz/cs/vy-a-vase-dite/0-3-mesice/>>
[cit. 2012-01-15].

Očkovací kalendář v ČR, SZU

<<http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovaci-kalendar-v-cr>> [cit. 2012-02-25].

Očkovací kalendář 2011 – Vakcinologie – ZDN

<<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/ockovaci-kalendar-2011-462084>> [cit. 2012-03-05].

Ošetrovatelství – Výuka – Edukace

<<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>> [cit. 2012-02-21].

Péče u nás a ve světě – ZDN <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/primarni-pecce-u-nas-a-ve-svete-457765>> [cit. 2012-02-24].

Primární péče, Národní centrum domácí péče České Republiky
<<http://www.domaci-pecce.info/primarni-pecce>> [cit. 2012-03-10].

ŠMAHELOVÁ, B. Dějiny školy a pedagogiky, 2009.

<http://www.ped.muni.cz/wedu/Body/Stud_mat/DUP1/dej_ped.doc>
[cit. 2012-02-13].

Úvod do pedagogiky, Pedagogická fakulta

<http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/pedf/ps09/uvod_ped/web/index.html>

[cit. 2012-02-15].

VYHLÁŠKA ze dne 17. prosince 2009 o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-prosince-2009-o-stanoveni-obsahu-a-casoveho-rozmezi-preventivnich-prohlidek-17580.html>> [cit. 2012-03-19].

Výchova, Andromedia

<<http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/vychova>> [cit. 2012-02-15].

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj. a jiné

č. číslo

Sb. sbírka

tj. to jest

tzv. takzvaně

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

<i>Tabulka č. 1</i>	<i>str. 40</i>	<i>Pohlaví respondentů</i>
<i>Tabulka č. 2</i>	<i>str. 41</i>	<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>
<i>Tabulka č. 3</i>	<i>str. 42</i>	<i>Věk respondentů</i>
<i>Tabulka č. 4</i>	<i>str. 43</i>	<i>Počet dětí</i>
<i>Tabulka č. 5</i>	<i>str. 45</i>	<i>Přehled dotazníků</i>
<i>Tabulka č. 6</i>	<i>str. 46</i>	<i>Poskytování edukace</i>
<i>Tabulka č. 7</i>	<i>str. 47</i>	<i>Časové podmínky</i>
<i>Tabulka č. 8</i>	<i>str. 48</i>	<i>Edukační prostředí</i>
<i>Tabulka č. 9</i>	<i>str. 49</i>	<i>Vyučovací metody</i>
<i>Tabulka č. 10</i>	<i>str. 50</i>	<i>Edukátor</i>
<i>Tabulka č. 11</i>	<i>str. 51</i>	<i>Nejčastější téma edukace</i>
<i>Tabulka č. 12</i>	<i>str. 52</i>	<i>Opomíjená témata</i>
<i>Tabulka č. 13</i>	<i>str. 54</i>	<i>Pořadí témat</i>
<i>Tabulka č. 14</i>	<i>str. 54</i>	<i>Informovanost v oblasti výživy</i>
<i>Tabulka č. 15</i>	<i>str. 56</i>	<i>Nezbytnost edukace</i>
<i>Tabulka č. 16</i>	<i>str. 57</i>	<i>Důraz na edukaci</i>
<i>Tabulka č. 17</i>	<i>str. 58</i>	<i>Dostatečnost informací</i>
<i>Tabulka č. 18</i>	<i>str. 59</i>	<i>Využití informací</i>
<i>Tabulka č. 19</i>	<i>str. 60</i>	<i>Počet zodpovězení</i>
<i>Tabulka č. 20</i>	<i>str. 60</i>	<i>Přiblížení problému</i>
<i>Tabulka č. 21</i>	<i>str. 61</i>	<i>Srozumitelnost informací</i>
<i>Tabulka č. 22</i>	<i>str. 62</i>	<i>Počáteční věk edukace dětí</i>

Graf č. 1	str. 40	Pohlaví respondentů
Graf č. 2	str. 41	Nejvyšší dosažené vzdělání
Graf č. 3	str. 42	Věk respondentů
Graf č. 4	str. 43	Počet dětí
Graf č. 5	str. 46	Poskytování edukace
Graf č. 6	str. 47	Časové podmínky
Graf č. 7	str. 48	Edukační prostředí
Graf č. 8	str. 49	Vyučovací metody
Graf č. 9	str. 50	Edukátor
Graf č. 10	str. 51	Nejčastější téma edukace
Graf č. 11	str. 53	Opomíjená témata
Graf č. 12	str. 55	Informovanost v oblasti výživy
Graf č. 13	str. 56	Nezbytnost edukace
Graf č. 14	str. 57	Důraz na edukaci
Graf č. 15	str. 58	Dostatečnost informací
Graf č. 16	str. 59	Využití informací
Graf č. 17	str. 61	Přiblížení problému
Graf č. 18	str. 62	Srozumitelnost informací
Graf č. 19	str. 63	Počáteční věk edukace dětí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník

Příloha B Výživa kojených dětí do 1 roku

Příloha A Dotazník

Dotazník

Vážený rodiče,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Součástí ukončení mého studia je vypracování bakalářské práce na téma Edukace v primární péči a její obhajoba.

Část bakalářské práce tvoří výzkum na dané téma. Abych mohla zjistit potřebné skutečnosti, prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku.

Dotazník je anonymní, poslouží pouze pro účely mé bakalářské práce a v žádném případě výsledků nebude zneužito.

Prosím Vás o pečlivé přečtení každé otázky, a pokud nebude uvedeno jinak, zaškrtnutí jedné odpovědi, která nejvíce odpovídá dané skutečnosti.

Moc Vám děkuji za čas, který jste se rozhodli věnovat vyplnění dotazníku.

Eliška Brejchová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučení
- c) Středoškolské
- d) Vysokoškolské

3. Kolik je vám let?

- a) Méně než 20 let
- b) 20 - 30 let
- c) 31 - 39 let
- d) 40 a více let

4. Kolik máte dětí?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) více

5. Poskytuje Vám dětský lékař informace týkající se péče o Vaše dítě?

- a) Ano
- b) Ne

6. Myslíte si, že během Vaší návštěvy u lékaře je ponecháno dostatek času na poskytování informací, vysvětlování a Vaše případné dotazy?

- a) Ano, vždy
- b) Někdy, když je např. plná čekárna, se stane, že není času nazbyt
- c) Ne, většinou jsem odbyt/a

7. Během informování či poučování se vyskytují následující problémy:

- a) Lékař (sestra) neustále zvedá telefon
- b) Hluk z ulice / čekárny ruší
- c) V ordinaci je příliš teplo
- d) V ordinaci je přílišné světlo, či naopak šero
- e) Jiné, jaké:.....
- f) Žádný z těchto problémů se nevyskytuje

8. Informace jsou Vám nejčastěji předávány:

- a) Slovně, rozhovorem či diskuzí
- b) Slovně, spíše typem přednášky
- c) Názorným předvedením
- d) Psanou formou

**9. Kdo ze zdravotníků Vám informace poskytuje nejvíce?
(můžete označit více odpovědí)**

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Jiný zdravotník

**10. Na jaké téma je Vám poskytováno nejvíce informací, čemu je
věnována největší pozornost?**

- a) Očkování
- b) Výživa a správná životospráva dítěte
- c) Hygiena
- d) Růst a vývoj dítěte
- e) Prevence úrazů
- f) Pohyb
- g) Jiné, uveďte jaké:.....

11. Na jaké téma je Vám poskytováno nejméně informací?

- a) Očkování
- b) Výživa a správná životospráva dítěte
- c) Hygiena
- d) Růst a vývoj dítěte
- e) Prevence úrazů
- f) Pohyb
- g) Jiné, uveďte jaké:.....

**12. Podle Vašeho názoru seřad'te daná témata dle důležitosti:
(označte čísla 1-6; 1=nejdůležitější, 6=nejméně důležité)**

- a) Očkování
- b) Výživa a správná životospráva dítěte
- c) Hygiena
- d) Růst a vývoj dítěte
- e) Prevence úrazů
- f) Pohyb
- g) Jiné, uveďte jaké:.....

**13. Myslíte si, že jste schopen / schopna dle poskytnutých informací
Vaším lékařem (sestrou) zajistit správnou a vyváženou stravu
Vašemu dítěti odpovídající jeho věku?**

- a) Ano, na toto téma jsem byl/a dostatečně připraven/a
- b) Nejsem si jistý/á, o některých věcech bych rád/a věděl/a více
- c) Ne, lékař (sestra) mi o vhodné stravě skoro nic neřekli, vše jsem si zjišťoval/a sama

**14. Považujete výchovu, vzdělávání a poskytování informací u Vašeho
dětského lékaře za nezbytné?**

- a) Ano, jinak bych si nevěděl/a rady
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne, poradím si sám/sama

15. Myslíte si, že je na předávání informací o péči o Vaše dítě kladen důraz?

- a) Ano
- b) Ne

16. Máte pocit, že poskytované informace praktickým lékařem a sestrou jsou pro Vás z hlediska péče o dítě vždy postačující?

- a) Ano, vždy je mi vše řádně vysvětleno a vím, kde si potřebné informace vyhledat
- b) Spíše ano, ovšem jsou věci, o kterých bych rád/a věděl/a více
- c) Někdy ano a někdy ne
- d) Spíše ne, v některých věcech si nejsem moc jistý/á
- e) Ne, lékař (sestra) nechává iniciativu spíše na mě, abych si vše sám/sama zjistila

17. Stalo se Vám, že jste měl/a nějaký problém, se kterým jste si nevěděl/a rady a díky informacím, které Vám byly poskytnuty, jste ho následně zvládl/a?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pokud ano, čeho se problém týkal?

.....

18. Jsou pro Vás poskytnuté informace vždy srozumitelné?

- a) Ano, vše je mi vždy jasně vysvětleno
- b) Spíše ano
- c) Někdy si nejsem jistý/á
- d) Spíše ne
- e) Ne, lékař (sestra) často mluví nesrozumitelně a používá výrazy, kterým nerozumím

19. Od jakého věku Vašeho dítěte se domníváte, že by měly být informace poskytovány nejen Vám, ale i Vašemu dítěti?

- a) Od 2 let
- b) Od 3 let
- c) Od 4 let
- d) Od 5 let
- e) Od 6 let

Ještě jednou bych Vám chtěla poděkovat za Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Výživa kojených dětí do 1 roku



- ❖ **0-3 měsíce:**
- ❖ **Mateřské mléko** je přirozenou potravou pro miminka a zaručuje jim zdravý růst, vývoj a podílí se na formování jeho imunity.
- ❖ Miminko se krmí po 2-3 hodinách během celých 24 hodin.
- ❖ Množství mléka - 1/6 jeho hmotnosti, tj. 150 - 180ml/kg/den, max. 1 litr mléka denně.



- ❖ **4-6 měsíců:**
- ❖ Mateřské mléko + **postupné zavádění příkrmů**.
- ❖ První příkrm: jednosložkové zeleninové pyré, v průběhu 1. měs. zařadit i vicesložkové (masozeleninové). Dítě dostává postupně příkrm s masem až 6x týdně a 1x týdně vařený slepičí žloutek (místo masa).
- ❖ Druhý příkrm: ovocné pyré.
- ❖ V průběhu 6. měs.: mléčné obilné kaše. Kaše s obsahem lepek až po ukončení 6. měs. věku.



- ❖ **7-12 měsíců:**
- ❖ Mateřské mléko + **postupné zavádění upravené stravy dospělých vhodné pro děti**.
- ❖ Vaše dítě je připravené na jídlo s hrubší konzistencí.
- ❖ Jak se bude dítě blížit ke svým prvním narozeninám, nebude již mnoho potravin, jež by nemohlo jíst. V této fázi svého vývoje však pro Vaše dítě pořád existují potraviny, které pro něj nejsou vhodné (např. cukrovinky, tučná masa, uzeniny, koření, potraviny obsahující aroma, barviva, konzervanty apod.).
- ❖ Důležité je zařadit do jeho jídelníčku potraviny bohaté na železo (např. červené maso), z důvodu rychlého růstu.
- ❖ I v tomto období však stále dostává mateřské mléko a to do věku zhruba 2 let.

(<http://www.hami.cz/cs/vy-a-vase-dite/0-3-mesice/>)

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem
a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

závěrečné práce předané do ÚVI

Pracoviště:

Obor:

Studium:

Poř. č.	Absolvent <i>Příjmení*, Jméno (vč. Titulů):</i>	Název vysokoškolské kvalifikační práce	Poznámka
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

*Příjmení se musí shodovat s příjmením uvedeným ve vysokoškolské kvalifikační práci, pokud se mezitím například absolventka provdala, prosíme, uveďte rodné příjmení v závorce.

Datum:

Předal/a:

Převzal/a: